

いきいき小規模ホームひかり苑 重要事項説明書  
(要介護 及び 要支援)

1. 事業の目的と運営方針

要介護状態のある方に対し、適正な小規模多機能型居宅介護を提供することにより要介護状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的サービスを提供する。

また、関係市町村、地域保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

2. 事業者の内容

(1) 提供できるサービスの地域

事業所名           いきいき小規模ホームひかり苑  
 指定番号           3491100172  
 所在地            広島県尾道市原田町梶山田4081番地1  
 管理者の氏名      江馬 明美  
 電話番号           0848(38)0300  
 FAX番号           0848(38)0600  
 サービスを提供する地域   尾道市内(因島地区、瀬戸田町、浦崎町、百島町を除く)

(2) 事業所の従業者体制

	職務内容	常勤	非常勤	合計
管理者	業務の一元的な管理	1名(兼務)	0名	1名
看護師又は準看護師		1名	0名	1名
	心身の健康管理、口腔衛生と機能のチェック及び指導、保健衛生管理			
介護職員	介護業務			
	日中 通いサービス	常勤換算方法で利用者3人に対し職員1人以上		
	訪問サービス	1人以上		
	夜勤職員	時間帯を通じて1人以上		
	宿直職員	時間帯を通じて1人以上		
	介護支援専門員	小規模多機能型居宅介護計画の作成等		
		1名(兼務)		1名
営業日	365日			
営業時間	24時間			
通いサービス	9時00分～16時00分			
宿泊サービス	16時00分～9時00分			

訪問サービス	24時間
登録定員	25名
通所サービスの利用定員	18名
宿泊サービスの利用定員	9名

### (3) 設備の概要

#### ○宿泊室 9室

利用者の居室は、原則個室（定員1名）とし、宿泊に必要な寝具・備品を備えます。ただし、利用者の処遇上必要と認められる場合は定員2名とすることができます。

#### ○食堂 1室

利用者が使用できる十分な広さを備えた食堂を設け、利用者が使用できるテーブル・いす・箸や食器類などの備品等の必需品を備える。（尚、居間、食堂は、同一の場所とする。）

#### ○浴室 1室

浴室には利用者が使用しやすい、家庭的な浴槽を設ける。

#### ○その他設備

設備としてその他に、台所等の設備を設ける。

## 3. サービスの内容

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、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した小規模多機能型居宅介護計画を作成するとともに、これを基本としつつ、利用者の日々の様態、希望等を勘案し、随時適切に通いサービス、訪問サービス又は宿泊サービスを組み合わせた介護を行う。

小規模多機能型居宅介護計画を作成した際は、当該計画を利用者に交付する。

- ・ 通いサービス 事業所において、食事、入浴、排泄等の日常生活上の世話や機能訓練を行う
- ・ 訪問サービス 利用者宅を訪問し、食事、入浴、排泄等の日常生活上の世話や機能訓練を行う。
- ・ 宿泊サービス 一時的な施設への入所となり、食事、入浴、排泄等の日常生活上の世話や機能訓練を行う。

## 4. 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該小規模多機能型居宅介護が法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示の額として設定する。

□介護報酬告示額

(1) 基本料金 (1か月当たり)

介護区分	利用料 (自己負担額)
要支援 1	3,450円
要支援 2	6,948円
要介護 1	10,458円
要介護 2	15,370円
要介護 3	22,359円
要介護 4	24,677円
要介護 5	27,209円

※ 月の途中から登録した場合や月の途中で登録を終了した場合には、登録期間に応じて日割りした利用料となります。

(2) 加算料金等

初期加算	1日につき	30円
------	-------	-----

※ 登録した日から起算して30日以内の期間についてお支払いください。

認知症加算 (I)	1ヵ月につき	920円
認知症加算 (II)	1ヵ月につき	890円
認知症加算 (III)	1ヵ月につき	760円
認知症加算 (IV)	1ヵ月につき	460円
サービス提供体制加算(I)	1ヶ月につき	750円
サービス提供体制加算(II)	1ヵ月につき	640円
サービス提供体制加算(III)	1ヶ月につき	350円
看護職加算 (I)	1ヵ月につき	900円
看護職加算 (II)	1ヵ月につき	500円
看取り連携体制加算	1日につき	64円
総合マネジメント体制強化加算		
(I)	1ヵ月につき	1,200円
(II)	1ヵ月につき	800円
科学的介護推進体制加算	1ヵ月につき	40円
介護職員等処遇改善加算 (II)	1ヵ月サービス単位に対して、14.6%の加算	

(3) 備考

利用料自己負担について、介護保険負担割合証の負担割合が2割の方は上記金額の2倍、3割の方は3倍となります。

介護保険報酬改定により、給付額等に変更があった場合には、変更された給付額に合わせて利用負担額を変更させていただきます。

□その他の費用

- (1) 交通費 通常の実施地域を超える地域に1 kmにつき 20 円徴収
- (2) 食事の提供に要する費用 1,800 円  
(朝食 390 円 昼食 765 円 夕食 645 円)
- (3) 宿泊に要する費用 部屋代 1 日 2,210 円  
リネン代 1 泊～6 泊 1 0 0 円  
それ以上の連泊時は週 1 回 1 0 0 円
- (4) おむつ代 実費
- (5) 日常生活費 実費

5. サービス利用に当たっての留意事項

- ①利用者又はその家族は、体調の変化があった際には事業所の従業員にご一報ください。
- ②事業所内での金銭及び食物等のやりとりは、ご遠慮ください。
- ③事業所や従業員に対する贈物や飲食のもてなしは、断固禁じております。

6. 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年 2 回以上利用者及び従業員等の訓練を行う。

7. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じる。

8. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行う。

9. 守秘義務に関する対策

事業者及び従業員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守する。又、退職後においてもこれらの秘密を保守するべく旨を、従業員との雇用契約の内容とする。

10. 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業員教育を行う。

11. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束する。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その様態及び時間、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について記録する。

## 12. 苦情相談窓口

※サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応する。

ご利用相談室 苦情受付担当者： 江馬 明美（管理者）

苦情解決責任者： 比本 学志（施設長）

ご利用時間：月～土曜日 8時30分～17時30分

ご利用方法 電話番号 0848（38）0300

FAX 番号 0848（38）0600

※苦情処理第三者委員

監事 向井 信之 電話番号 0848（38）0835

評議員 清水 俊彦 電話番号 0848（38）0718

公平中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。

※公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができる。

尾道市高齢者福祉課介護保険係

広島県尾道市久保一丁目15-1

電話番号 0848（38）9440

FAX 番号 0848（37）7260

受付時間 8時30分～17時15分（土日、祝日を除く）

広島県国民健康保険団体連合会介護保険課

広島市中区東白島町19-49 国保会館

電話番号 082（554）0783

FAX 番号 082（511）9126

受付時間 8時30分～17時15分（土日、祝日を除く）

## 13. 協力医療機関等

事業者は、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

### ・ 協力医療機関

・ 名称 尾道市立市民病院

院長 廣岡 孝彦

・ 住所 尾道市新高山三丁目1170番地177

### ・ 協力歯科医療機関

・ 名称 至誠会 井上歯科クリニック

院長 井上 洋

・ 住所 尾道市久保二丁目1-5

### ◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡する。

#### 14. 損害賠償について

当施設において、施設の責任によりご入所者様に生じた損害については、施設は、速やかにその損害を弁償する。守秘義務に違反した場合も同様とする。

ただし、損害の発生について、ご入所者様に故意又は過失が認められた場合は、ご入所者様の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合に、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

令和 年 月 日

指定小規模多機能型居宅介護サービスの開始に当たり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し、本書を交付する。

#### <事業者>

所在地 広島県尾道市原田町梶山田4081番地1

事業所名 いきいき小規模ホームひかり苑

説明者

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定小規模多機能型居宅介護サービスについて重要事項説明を受け同意する。

#### <利用者>

住所

氏名 印

#### <利用者代理人（選任した場合）>

住所

氏名 印（続柄 ）