

指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所

コムーネ黒髪

重要事項説明書

社会福祉法人 リデルライトホーム

指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所 コムーネ黒髪 重要事項説明書
 ＜ 令和6年4月1日現在 ＞

当事業所は、契約者に対して指定（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。
 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とおり説明します。

1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 リデルライトホーム
代 表 者 名	理事長 小 笠 原 嘉 祐
所在地・連絡先	熊本市中央区黒髪5丁目23番1号 （電話） 096-343-0489 （FAX） 096-343-0476

2 事業所の概要

事業所の名称	指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所 コムーネ黒髪
所在地・連絡先	熊本市中央区黒髪5丁目14番20号 （電話） 096-343-9999 （FAX） 096-247-6612
事業所番号	4390100347
管理者の氏名	松 永 佳 子

3 小規模多機能型居宅介護の目的及び運営方針

（1）目的

住み慣れた地域で生活する為に、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生活支援等を目的として、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、サービスを提供します。

（2）運営方針

利用者ひとり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出来るよう、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えます。

（3）開設年月日 平成 19年 3月 1日

（4）登録定員 29名（通いサービス 定員15名・宿泊サービス定員 9名）

（5）居室等の概要 当事業所では、以下の居室・設備をご用意しています。

宿泊室	9	個室（8）	7.77㎡～11.12㎡	緊急時（1）
居間・食堂	各1		47.09㎡	
台 所	1		8.79㎡	
浴 室	1		8.0㎡	一般浴

4 職員体制

従業者の職種	常勤	職 務 の 内 容
1・管理者	1名	事業内容調整
2・介護支援専門員	1名	サービスの調整・相談業務
3・看護職員	1名	健康チェック等・医務業務
4・介護職員	14名	日常生活の介護・相談業務

5 職員の勤務体制

従業者の職種	標準勤務体制
管理者	9:00 ~ 18:00
介護従業者	早出 8:00 ~ 17:00
	日勤 9:00 ~ 18:00
	夜勤 19:00 ~ 翌朝9:30

6 事業実施地域及び営業時間

(1) 事業の実施地域 熊本市内

(2) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
通いサービス	月曜 ~ 日曜 10時 ~ 16時
訪問サービス	24時間
宿泊サービス	月曜 ~ 日曜 18時 ~ 9時

*受付・相談については、通いサービスの営業時間と同様です。

7 サービスの概要

【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、排泄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介助をします。
- ・調理場で利用者が調理をすることが出来ます。(衛生管理ができる方)
- ・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、洗身介助を行います。
- ・入浴サービスの利用は任意です。

③ 排泄・利用者の状況に応じ適切な排泄介助を行うと共に、排泄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 認知症の利用者の行動・心理症状への対応は、ひとりひとりの症状や特性、ニーズに応じ支援を行います。

【訪問サービス】

- ・ご契約者の自宅にお伺いし、ご契約者に対して家事や入浴、排泄等の日常生活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、緊急連絡時の電話等）は無償で提供させていただきます。
- ・訪問サービスの提供にあたって、次に該当する行為は致しません。

①ご契約者以外の方への家事や入浴、排泄等の日常生活の世話や機能訓練医療行為

②契約者もしくはその家族等からの金銭または物品の授受

③飲食及喫煙

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
- ⑥認知症の利用者の行動・心理症状への対応は、ひとりひとりの症状や特性、ニーズに応じ支援を行います。

【宿泊サービス】

事業所に宿泊していただき、食事、入浴、排泄等の日常生活上の世話や機能訓練を提供します。
認知症の利用者の行動・心理症状への対応は、ひとりひとりの症状や特性、ニーズに応じ支援を行います。

8 サービス利用料金

1. 基本料金Ⅰ（通い・訪問・宿泊（介護費用分）全てを含んだ一月単位の包括費用の額）
利用料金は一ヶ月ごとの包括費用（定額）です。
下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担）をお支払い下さい。（サービス利用料金は、ご契約者の要介護度・介護保険負担割合証に応じて異なります。）

要介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1・対象サービスのサービス料金	34,500円	69,720円	104,580円	153,700円	223,590円	246,770円	272,090円
2・介護保険から給付される金額	31,350円	62,748円	94,122円	138,330円	201,231円	222,093円	244,881円
3・サービス利用に係わる自己負担額（1－2）	3,450円	6,972円	10,458円	15,370円	22,359円	24,677円	27,209円

☆ 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（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も利用が少なかった場合、または（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も多かった場合であっても、日割りで割引または増額は致しません。

☆ 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・・・登録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

☆ ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、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わる費用は別途いただきます。
- ☆ 介護保険の給付額等に変更があった場合、変更された額にあわせて、ご契約の負担額を変更します。サービス利用票別表にてご説明いたします。
- ☆ 熊本市に住民票が無い方のご利用はできません。熊本市から住民票を移動される場合、事前にお申し出ください。熊本市に住民票が無い場合、介護保険給付費を含む介護保険で定められた金額の全額自己負担の金額でお支払頂きます。

基本料金Ⅱ（通い・訪問・宿泊（介護費用分）全てを含んだ一日単位費用の額。下記の基準にいずれも適合する場合利用できます）

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額

を除いた金額（自己負担）をお支払い下さい。（サービス利用料金は、ご契約者の要介護度・介護保険負担割合証に応じて異なります。）

②短期利用居宅介護費（１日につき）

要介護度	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
１・対象サービスのサービス料金	5,720 円	6,400 円	7,090 円	7,770 円	8,430 円
２・うち、介護保険から給付される金額	5,148 円	5,760 円	6,381 円	6,993 円	7,587 円
３・サービス利用に係わる自己負担額（１－２）	572 円	640 円	709 円	777 円	843 円

- ☆ 小規模多機能型居宅介護事業所の登録者が当該小規模多機能型居宅介護事業所の登録定員未満であること。
- ☆ 利用者の状態や利用者の家族の事情により、利用者の事情により、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、小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員が、当該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。
- ☆ 利用の開始に当たって、あらかじめ 7 日以内（利用者の日常生活上の世話を行う家族等の疾病等等やむを得ない事情がある場合 14 日以内）の利用期間とする。

③認知症加算

別に厚生労働大臣が定める登録者に対して指定小規模多機能型居宅介護を行った場合は一月につき所定単位数を加算します。

	認知症加算Ⅰ	認知症加算Ⅱ	認知症加算Ⅲ	認知症加算Ⅳ
１・加算対象サービスのサービス料金	9,200 円	8,900 円	7,600 円	4,600 円
２・うち、介護保険から給付される金額	8,280 円	8,010 円	6,840 円	4,140 円
３・サービス利用に係わる自己負担額（１－２）	<u>920</u> 円	<u>890</u> 円	760 円	460 円

- ☆別に厚生労働大臣が定める登録者の内容は、医師の判定結果または主治医意見書を用い、「認定調査表」の「認定調査表(基本調査)」９の「認知症高齢者の日常生活自立度」欄の記載を用いるものとします。
- ☆認知症加算(Ⅰ)：認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、認知症日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ、Ⅴに該当する者の数に応じて必要数以上配置し、チームとして専門的なケアを実施している。
(１) 該当する者の数 20 人未満の場合研修修了者 1 以上。20 人以上 30 人未満の場合 2 以上。
(２) 従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的で開催している。
(３) 認知症介護指導に係る専門的な研修を 1 名配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施している。
(４) 事業所において介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い研修を実施又は実施を検討している。
- ☆認知症加算(Ⅱ)：認知症加算(Ⅰ)の(１)(２)の基準のいずれにも該当している。
- ☆認知症加算(Ⅲ)：認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者
- ☆認知症加算(Ⅳ)：要介護状態区分が要介護２である者であって、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱに該当する者

④ 若年性認知症利用者受け入れ加算

受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当を定めてその担当者中心に当該利用者の特性やニーズ、家族の希望に応じたサービスを行う（算定期間 65 歳誕生日前まで）

	若年性認知症利用者受け入れ加算
1・加算対象サービスのサービス料金	8,000 円
2・うち、介護保険から給付される金額	7,200 円
3・サービス利用に係わる自己負担額（1－2）	800 円

⑤ 看護職員配置算

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして市町村長に届け出た指定小規模多機能型居宅介護事業所についてひと月につきそれぞれ所定単位を加算します。

	看護職員配置加算Ⅰ	看護職員配置加算Ⅱ	看護職員配置加算Ⅲ
1・加算対象サービスのサービス料金	9,000 円	7,000 円	4,800 円
2・うち、介護保険から給付される金額	8,100 円	6,300 円	4,320 円
3・サービス利用に係わる自己負担額（1－2）	900 円	700 円	480 円

☆看護職員配置加算Ⅰ：常勤かつ専従の看護師を 1 名以上配置している。

☆看護職員配置加算Ⅱ：常勤かつ専従の準看護師を 1 名以上配置している。

☆看護職員配置加算Ⅲ：看護職員を常勤換算方法で 1 名以上配置していること。

定員超過利用、人員基準欠如に該当していないこと。

*介護予防小規模多機能型居宅介護ご利用の方は加算いたしません。

⑥ 総合マネジメント体制強化加算

	総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ）	総合マネジメント体制強化加算（Ⅱ）
1・加算対象サービスのサービス料金	12,000 円	8,000 円
2・うち、介護保険から給付される金額	108,00 円	7,200 円
3・サービス利用に係わる自己負担額（1－2）	1,200 円	800 円

☆総合マネジメント体制加算（Ⅰ）

- （1）個別サービス計画について、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（計画作成責任者）や看護職員等の多職種協働により、随時適切に見直しを行っている。
- （2）利用者の地域における多様な活動が確保されるように、日常的に地域住民との交流を図り、利用者の状況に応じて、地域の行事や活動等に積極的に参加していること
- （3）日常的に利用者に関わりのある地域等の相談に対応する体制を確保していること
- （4）必要に応じて多様な主体が提供する生活支援のサービス（インフォーマルサービスを含む）が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していること
下記の要件を事業所の特性に応じて 1 つ以上実施していること
- （5）地域住民等との連携により地域資源を効果的に活用し、利用者の状態に応じた支援を行っていること
- （6）障害福祉サービス事業所、児童福祉施設等と協働し、地域において世代間の交流の場の拠点となっていること
- （7）地域住民等、他事業所等と共同で事例検討会、研修会等を実施していること
- （8）市町村が実施する通いの場や在宅医療、介護連携推進事業等の地域支援事業等に参加して

いること

☆総合マネジメント体制加算（Ⅱ）

- （１）個別サービス計画について、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（計画作成責任者）や看護職員等の多職種協働により、随時適切に見直しを行っている。
- （２）利用者の地域における多様な活動が確保されるように、日常的に地域住民との交流を図り、利用者の状況に応じて、地域の行事や活動等に積極的に参加していること

⑦ 訪問体制強化加算

- ・訪問サービス提供にあたる常勤の従事者を２名配置していること
- ・算定日が属する月における提供回数について述べ訪問回数が１月あたり２００回以上であること

	訪問体制強化加算
１・加算対象サービスとサービス料金	10,000 円
２・うち、介護保険から給付される金額	9000 円
３・サービス利用に係わる自己負担額（１－２）	1000 円

⑧ 初期加算

（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換算して３０日以内の期間については、初期加算として加算分の自己負担が必要となります。３０日を越える入院をされた後に再び利用を開始した場合も同様です。

１・加算対象サービスとサービス料金	初期加算（３０日まで）３００円（一日あたり）
２・うち、介護保険から給付される金額	２７０円（一日あたり）
３・サービス利用に係わる自己負担額（１－２）	３０円（一日あたり）

⑨ サービス提供体制強化加算

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして市町村長に届け出た（介護予防）指定小規模多機能型居宅介護事業所が、登録者に対し（介護予防）指定小規模多機能居宅介護を行った場合、ひと月につきそれぞれ所定単位を加算します。

	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	サービス提供体制強化加算（Ⅲ）
１・加算対象サービスのサービス料金	7,500 円	6,400 円	3,500 円
２・うち、介護保険から給付される金額	6,750 円	5,760 円	3,150 円
３・サービス利用に係わる自己負担額（１－２）	750 円	640 円	350 円

※サービス提供体制強化加算：全ての従業者に対し、研修計画を作成、研修を実施、技術指導を目的にした会議を開催。利用定員・人員基準に適合、かつ下記の定める基準に適合していること。

- ☆サービス提供体制強化加算（Ⅰ）
 - ・介護従業者の総数のうち介護福祉士の占める割合が７０％以上。
 - ・同法人勤続１０年以上の者が２５％以上のいずれかに該当するもの。
- ☆サービス提供体制強化加算Ⅱ：
 - ・介護従業者の総数のうち介護福祉士の占める割合が５０％以上。
- ☆サービス提供体制強化加算Ⅲ：
 - ・常勤職員６０％以上。
 - ・介護従業者の総数のうち介護福祉士の占める割合が４０％以上。
 - ・介護従業者の総数のうち勤務年数７年以上の者の占める割合が３０％以上。

⑩生活機能向上連携加算

介護支援専門員が指定リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業、またはリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士又は言語療法士の助言に基づき生活機能の向上を目的とした小規模多機能居宅介護を行う。

	生活機能向上連携（Ⅰ）	生活機能向上連携（Ⅱ）
1・加算対象サービスとサービス料金	1,000 円	2000 円
2・うち、介護保険から給付される金額	900 円	1800 円
3・サービス利用に係わる自己負担額（1－2）	100 円	200 円

☆生活機能向上連携（Ⅰ）・上記の加算要件に基づき、初回の当該指定小規模多機能型居宅介護が行われた日に属する月に加算する。

☆生活機能向上連携（Ⅱ）・上記の事業所や医療施設の医師、理学療法士、作業療法士又は言語療法士が訪問リハビリテーションの一環として当該利用者の居宅を訪問する際に介護支援専門員が同行する等により利用者の身体状況の評価を共同して行う。かつ、生活機能の向上を目的とした計画を作成し実施した場合、初回月以降 3 か月間加算する。

⑪ 口腔・栄養スクリーニング加算（6 月に 1 回を限度）

リハビリテーション、機能訓練・口腔・栄養の取り組みを一体的に運用し、自立支援重度化防止を効果的にすすめる。

	口腔・栄養スクリーニング加算
1・加算対象サービスとサービス料金	200 円
2・うち、介護保険から給付される金額	180 円
3・サービス利用に係わる自己負担額（1－2）	20 円

☆口腔・栄養スクリーニング加算 介護サービス事業所の従事者が、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及び栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者の担当する介護支援専門員に提供していること。（6 月に 1 回程度）

⑫科学的介護推進体制加算

介護サービスの質の評価と科学的介護の取り組みを推進し、介護サービスの質の向上を図る。

	科学的介護推進体制加算
1・加算対象サービスとサービス料金	400 円
2・うち、介護保険から給付される金額	360 円
3・サービス利用に係わる自己負担額（1－2）	40 円

☆利用者ごとの ADL、栄養状態、口腔機能、認知症の状況やその他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出ししていること。必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供にあたって、上記の情報、その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

⑬ 介護職員等処遇改善加算

介護サービスに従事する介護職員の賃金改善に充てることを目的に創設されたもので、介護保険適用分の総額（基本サービス費に各種加算減算したもの）に、要件に応じた加算率を乗じた額の 1 割を利用者負担として加算します。（端数は四捨五入）

	処遇改善加算Ⅰ	処遇改善加算Ⅱ	処遇改善加算Ⅲ	処遇改善加算Ⅳ	処遇改善加算Ⅴ
キャリアパス要件等の 適応状況に応じた加算率	<u>14.9%</u>	14.6%	13.4%	<u>10.6%</u>	<u>13.2%</u>

☆介護職員等処遇改善加算Ⅰ（以下に掲げるすべての要件に該当すること。）

- a 「キャリアパス要件Ⅰ」…職位・職責・職務内容等に応じた任用要件と賃金体系を整備すること
- b 「キャリアパス要件Ⅱ」…資質向上のための計画を策定して研修の実施又は研修の機会を確保すること
- c 「キャリアパス要件Ⅲ」…経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けること
- d 「職場環境等要件」…賃金改善以外の処遇改善を実施すること
- e 就業規則等の明確な書面での整備・全ての介護職員への周知を含む。

⑭ 認知症行動・心理症状緊急対応加算（短期利用居宅介護利用者のみ）

☆ 医師が認知症の行動、心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に短期利用居宅介護を利用することが妥当であると判断した者に対し、サービスを行った場合。利用を開始した日から換算して7日間を限度として算定。（短期利用居宅介護利用者のみ7日間）

	認知症行動・心理症状緊急対応加算
1・加算対象サービスとサービス料金	2,000 円／日
2・うち、介護保険から給付される金額	1,800 円／日
3・サービス利用に係わる自己負担額（1－2）	200 円／日

⑮生産性向上推進体制加算

	生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	生産性向上推進体制加算（Ⅱ）
1・加算対象サービスとサービス料金	1,000 円	100 円
2・うち、介護保険から給付される金額	900 円	90 円
3・サービス利用に係わる自己負担額（1－2）	100 円	10 円

⑯過少サービスに対する減算

過少サービスの場合 基本報酬の30%を減算する

⑰定員超過の減算

定員超過の場合 基本報酬の70%減算する

⑱従業者欠員の減算

従業者欠員の場合 基本報酬の70%減算する

⑲高齢者虐待防止措置未実施減算

高齢者虐待防止措置未実施の場合 基本報酬より定められた単位数を減算する

⑳事業継続計画未設定減算

感染症、災害発生時に継続的にサービスが提供できる体制の計画が未設定の場合、定められた単位数を減算する。

9 介護保険の給付対象とならないサービス

① 食事提供（食事代）

ご契約者に提供する食事に要する費用です。（朝食：300円 昼食：650円 夕食550円）

② 宿泊に要する費用

ご契約者に提供する宿泊サービスの宿泊に要する費用です。（ 部屋代：1 日 2,700円 ）

③ 電気代

ご契約者の持ち込みによる電化製品を使用される場合には実費をご負担いただきます。

（ 1 製品ごとに1日80円 ）

④レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：教材代等の実費をいただきます。

⑤ 複写の交付

ご契約者は、サービスの提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。（1 枚につき 10円 ）

⑥ その他

経済状況の著しい変化その他やむ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変更する事由について変更を行う1ヶ月前までにご説明します。

利用料金

区 分	一月の介護保険利用料金	
基本料金（要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2 ）	a	円
短期利用居宅介護費(1 日につき)(要介護1・2・3・4・5)	b	
認知症加算 （ I ・ II ・ III ・ IV ）	c	円
若年性認知症利用者受け入れ加算	d	円
看護職員配置加算（I II III ）	e	円
総合マネジメント体制強化加算 （I II ）	f	1200 円
サービス提供体制強化加算（ I ・ II ）	g	750 円
訪問体制強化加算	h	円
初期加算	i	900 円
生活機能向上連携加算 （ I ・ II ）	j	円
口腔・栄養スクリーニング加算（6 か月に 1 回）	k	円
科学的介護推進体制加算	l	40 円
認知症行動・心理症状緊急対応加算（b 算定 1 日につき）	m	
生活機能向上連携加算 （ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ）	n	円
介護職員等处遇改善加算（ <u>I</u> ・II・III・IV・V ） (a+c+f+g+i+j+m × 14.9%)	o	×14.9%
過少サービスに対する減算	p	×30%
定員超過の減算	q	×70%
従業者欠員の減算	r	×70%
高齢者虐待防止措置未実施減算	s	
利用者負担額① ①= (a+c+f+g+i+l+o)		円

10 利用料金のお支払い方

料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し次のいずれかの方法により翌月26日までにお支払い下さい。

① 法人事務所での現金支払い（9 時～17 時）

② 銀行振り込み（手数料自己負担）

③ 自動口座引き落とし

【銀行振込の場合】

金融機関名：	熊本信用金庫	子飼支店
口座番号：	普通預金	230613
名義：	リデルライトホーム	小笠原 嘉祐
住所：	熊本市中央区黒髪5丁目23-1	
電話番号：	096-343-0489	

1.1 費用

原則として料金表の利用料金と介護保険の給付対象とならないサービス費となります。介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者が直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、料金表の利用料金全額（上記表①）をお支払いください。ご利用料金のお支払いと引き換えにサービス提供証明書の領収証を発行します。

サービス提供証明書及び領収証は、後にご利用料の償還払いを受けるときに必要となります。

1.2 利用の中止、変更、追加

☆（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、契約者の日々の様態、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、（介護予防）小規模多機能型居宅介護サービスの利用を中止または変更、もしくは新たなサービスの利用を追加する事ができる。

この場合は原則としての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。

☆介護保険の対象となるサービスについては、利用料金は1ヶ月ごとの包括費用（定額）の為、サービス利用回数を変更された場合も1ヶ月の利用料は変更されません。ただし、介護保険の対象外の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、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。ただし、ご契約者の体調不良等正当な理由がある場合に、この限りではありません

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金（自己負担相当）の100%

☆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契約者の希望する日時にサービスの提供が出来ない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

1.3 （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、利用者一人ひとりの人格を尊重し、住み慣れた地域で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にサービスを提供するために、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、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。

14 当事業所における苦情の受付

当事業所相談窓口	窓口責任者 窓口担当者 ご利用時間 ご利用方法	松永 佳子 稲尾 晶 09:00～18:00 電話（343-9999） 面接（当事業所1階） 苦情箱（玄関に設置）
----------	----------------------------------	--

15 行政機関その他苦情受付機関

熊本市役所 介護保険担当課	所在地 電話	熊本市中央区手取本町1番1号 096-328-2347
国民健康保険団体連合会	所在地 電話	熊本市東区健軍2-4-10 096-365-0811
熊本県社会福祉協議会	所在地 電話	熊本市中央区南千反畑10-7 096-322-2331

16 苦情処理委員会名簿

- ① 吉本 裕二 （連絡先 090-4996-2732）
- ② 塘林 丈明 （連絡先 096-372-5252）
- ③ 林 泰相 （連絡先 090-5748-1020）
- ④ 秋山 高宏 （連絡先 090-3100-0261）

17 運営推進委員会の設置

当事業所では（介護予防）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。

18 協力医療機関、バックアップ施設

病院名	診療科	所在地	電話	入院
江南病院	内科 整形外科他	熊本市中央区渡鹿5丁目1-37	375-1112	あり
ピネル記念病院	精神科	熊本市東区佐土原1丁目8-33	365-1133	あり
水上医院	泌尿器科 内科	熊本市中央区黒髪6-9-20	343-2913	なし
伊東歯科口腔病院	歯科	熊本市中央区子飼本町3-14	343-0377	なし
朝日野総合病院	耳鼻科 眼科 他	熊本市中央区室園町12-10	343-0000	あり
くまもと成城病院	整形、リハビリ 他	熊本市中央区室園町10-17	344-3311	あり

19 非常火災時の対応

非常時の対応	別途定める「消防計画」にのっとり対応を行います。			
非難訓練及び防災設備	別途定める「消防計画」にのっとり年2回以上、避難訓練を利用者の方も参加して行います。			
	設備名称	有無	設備名称	有無
	自動火災報知機	あり	緊急通報装置	あり
	誘導等	あり	非常通報装置	あり
	消火器（2本）	あり	非常用照明	あり
	スプリンクラー	あり	火災通報専用電話機	あり
	カーテンは防災性のあるものを使用しています。			
消防計画等	防火管理者：松永 佳子			

20 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。
- 他の利用者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下さい。

○ 事業所内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、（介護予防）小規模多機能型居宅介護サービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者 所在地 熊本市中央区黒髪5丁目23番1号

事業者（法人）名 社会福祉法人 リデルライトホーム

施設名 指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護 コム－ネ黒髪
（事業所番号） 4390100347

理事 長 小 笠 原 嘉 祐 印

説明者職名 計画作成担当者

氏 名 稲尾 晶 印

私は、重要事項説明書に基づいて、（介護予防）小規模多機能型居宅介護サービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

契約者 住 所 熊本市中央区黒髪

氏 名 _____ 印 _____

代理人（選任した場合）住 所 熊本市

氏 名 _____ 印 _____

個人情報保護に関する同意書

社会福祉法人リデルライトホームは、利用者等の個人情報を適切に取り扱うために、個人情報に関連する厚生労働省のガイドラインを遵守し、個人情報の保護を基本にサービスの提供をおこないます。

＊個人情報とは利用者個人及び、家族に関する情報、特定の個人が識別され、または識別され得るものをいいます。

【利用目的】

1.（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所コムーネ黒髪での情報利用目的

- （１）介護サービスを提供する上で、必要な情報の分析及びケースカンファレンスなど
- （２）介護保険事務
- （３）事故等の報告（事故の状況により熊本市へ届出する場合があります）
- （４）当該利用者の介護サービスの向上

2. 他の介護事業者等への情報提供に伴う利用目的

- （１）利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者等の連携（サービス担当者会議）、照会への回答
- （２）利用者の診察等に当たり、医師への情報提供を求められた場合
- （３）介護保険審査支払い機関へのレセプトの提出など
- （４）損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等
- （５）地域ケア会議などによる情報提供

「上記以外の利用目的」

1.（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所内部での利用目的

- （１）介護サービスや業務の維持・改善の基礎資料
- （２）コムーネ黒髪等において行われる学生等の実習への協力
- （３）コムーネ黒髪等において行われる事例研究
- （４）社会福祉法人リデルライト等のパンフレット、ホームページ、フェイスブック、Instagram等への写真掲載
- （５）地域ケア会議などによる情報提供
- （６）第三者評価機関への情報提供
- （７）災害等における救助関係機関への情報提供

令和 年 月 日

個人情報の取り扱いについて、上記内容に同意いたします。

利用者氏名 _____ 印

代理人氏名 _____ 印