

小規模多機能型居宅介護 介護予防小規模多機能型居宅介護 重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(事業所番号 0193600392)

◇◆目次◆◇

1. 事業者・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	2
2. 施設の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	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. 当施設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）・・・・	11
7. 運営推進会議の設置・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	11
8. 協力医療機関・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	12
9. 虐待防止について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	12
10. 身体的拘束等の排除及び禁止・・・・・・・・・・・・	12
11. 非常災害対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	12
12. サービス利用にあたっての留意事項・・・・・・・・	12

社会福祉法人占冠村社会福祉協議会

当施設は契約者に対して、指定小規模多機能型居宅介護サービス又は指定介護予防小規模多機能型居宅介護サービス（以下「小規模多機能型居宅介護等サービス」という。）を提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上のご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護・要支援」と認定された方が対象となりますが、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 | 社会福祉法人占冠村社会福祉協議会 |
| （２）法人所在地 | 北海道勇払郡占冠村字シムカプ原野 56 番 21 |
| （３）電話番号 | 0167-56-2700 |
| （４）法人代表者 | 会長 窪 田 敏 雄 |
| （５）設立年月日 | 平成 4 年 4 月 28 日 |

2. 施設の概要

- | | |
|-------------|--|
| （１）施設の種類 | 指定小規模多機能型居宅介護施設
指定介護予防小規模多機能型居宅介護施設 |
| （２）施設の目的 | 高齢者の方が住み慣れた地域で、安心して暮らせるよう、心と健康を守り、その日その時の個々にあった柔軟で適切なサービスを提供することを目的とします。 |
| （３）施設の名称 | 占冠村小規模多機能型居宅介護施設 |
| （４）施設の所在地 | 北海道勇払郡占冠村字シムカプ原野 56 番 21 |
| （５）電話番号 | 0167-56-2255 |
| （６）施設代表者 | 窪 田 敏 雄 |
| （７）管理者 | 中 本 留 美（兼務） |
| （８）当施設の運営方針 | 住み慣れた地域と自宅での暮らしを、可能な限り自分らしく継続できるサービスを心がけ、家族の状況や地域社会との関係を把握した上で、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た支援を行います。 |
| （９）開設年月日 | 平成 27 年 4 月 1 日 |
| （１０）登録定員 | 18 人
通いサービス定員 9 人、宿泊サービス定員 5 人 |
| （１１）居室等の概要 | 当施設では、以下の居室・設備をご用意しています。 |

居室・設備の種類	室数	備考
個室（宿泊室）	5 室	7.43 m ² 以上
居間兼食堂	92.92 m ²	
トイレ	3 箇所	
台所	1 室（居間兼食堂と同室）	
浴室	1 室	
消防設備	消火設備、火災報知設備、非常用照明設備等	

3. 事業実施地域及び営業時間

（１）通常の事業の実施地域 占冠村全域

※上記以外の地域の方は原則として当施設のサービスを利用できません。

（２）営業日及び営業時間

営業日	年中無休
通いサービス	10 時 00 分～16 時 00 分
訪問サービス	随時（24 時間）
宿泊サービス	16 時 00 分～翌日 10 時 00 分

※受付・相談については、8 時 30 分から 17 時 15 分までとします。

4. 職員の配置状況

当施設では、契約者に対して指定小規模多機能型居宅介護等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。

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

従業者の職種	常勤	非常勤	職務の主な内容
1. 管理者	1 人	—	業務全般の管理
2. 介護支援専門員	1 人	—	サービスの調整・相談業務
3. 介護職員	6 人	2 人	日常生活の介護・相談業務
4. 看護職員	1 人	—	健康チェック等の医務業務
5. 管理栄養士	—	1 人	栄養バランスに配慮した献立表の作成
6. 調理員	—	2 人	献立表に基づく調理業務
7. 運転員	—	4 人	契約者宅と施設間の送迎業務

〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤 務 体 制
1. 管理者	勤務時間 08：30～17：15
2. 介護支援専門員	勤務時間 08：30～17：15
3. 介護職員	早番の勤務時間 07：30～16：15 日勤の勤務時間 08：30～17：15 遅番の勤務時間 10：00～18：45

	夜勤の勤務時間 17:00～翌日 09:30 その他、契約者の状況に対応した勤務時間を設定します。
4. 看護職員	勤務時間 08:30～17:15（勤務内容により変更があります）
5. 管理栄養士	勤務時間 09:00～13:00（勤務内容により変更があります）
6. 調理員	勤務時間 09:30～13:30（勤務内容により変更があります）
7. 運転員	勤務時間 送迎時間により適宜

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、契約者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて、次の2つの場合があります。

- | |
|--|
| <p>(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)</p> <p>(2) 利用料金の全額を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)</p> |
|--|

(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7割～9割が介護保険から給付され、契約者の自己負担は介護保険負担割合証に記載された負担割合の金額となります。ただし、占冠村では、自己負担額に対し、要介護度に応じた助成があります。（詳しくは＜サービス利用料金＞の項目をご参照ください。）

以下のア～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、契約者と協議の上、小規模多機能型居宅介護計画又は介護予防小規模多機能型居宅介護計画（以下「小規模多機能型居宅介護等計画」という。）に定めます。（(5) 参照）

＜サービスの概要＞

ア 通いサービス

施設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日常生活の支援

日常生活動作能力に応じて、必要な介助を行います。

- ・移動の介助
- ・養護（休養）
- ・通院の介助等その他必要な介護

②健康チェック

血圧測定等、契約者の全身状態の把握

③機能訓練

契約者が日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練及び契約者の心身の活性化を図るための各種支援を提供します。

- ・日常生活動作に関する訓練
- ・レクリエーション（アクティビティ・サービス）

- ・グループ活動
- ・行事的活動
- ・園芸活動
- ・趣味活動（ドライブ、買い物等を含む）
- ・地域における活動への参加

④食事支援

- ・食事の準備、後片付け
- ・食事摂取の介助
- ・その他の必要な食事の介助

⑤入浴支援

- ・入浴又は清拭
- ・衣服の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身の介助
- ・その他必要な介助

⑥排せつ支援

契約者の状況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支援を行います。

⑦送迎支援

契約者の希望により、自宅と施設間の送迎サービスを行います。

イ 訪問サービス

- ・契約者の自宅にお伺いし、必要な時間に必要なサービスを提供します。
- ・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契約者又はその家族等からの金銭や高価な物品等の授受
 - ③飲酒及び喫煙
 - ④契約者又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その他契約者又はその家族等に行う迷惑行為

ウ 宿泊サービス

- ・施設に宿泊していただき、食事、入浴、排せつ等の日常生活上のサービスを提供します。

エ 相談・助言等

契約者又はその家族等の日常生活における介護等に関する相談及び助言、申請代行等を行います。

- ・日常生活に関する相談、助言
- ・認知症高齢者等を抱える家族への相談、助言
- ・福祉用具の利用方法の相談、助言
- ・住宅改修に関する情報の提供

- ・医療系サービスの利用についての相談、助言
- ・日常生活を営む上で必要な行政機関に対する手続き
- ・家族・地域との交流支援
- ・その他必要な相談、助言

〈サービス利用料金〉（契約書第5条参照）

ア 通い・訪問・宿泊（介護費用分）すべてを含んだ一月単位の包括費用の額

利用料金は1か月ごとの包括費用（定額）です。下記に定める利用料金の自己負担額をお支払いください。（サービスの利用料金は、契約者の要介護度に応じて異なります。）

要介護度別	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
単位数	3,450 単位	6,972 単位	10,458 単位	15,370 単位	22,359 単位	24,677 単位	27,209 単位
1. 契約者のサービス利用料金	34,500 円	69,720 円	104,580 円	153,700 円	223,590 円	246,770 円	272,090 円
2. うち、介護保険から給付される金額	31,050 円	62,748 円	94,122 円	138,330 円	201,231 円	222,093 円	244,881 円
3. うち、占冠村の助成率及び助成額	村助成率 0.4 村助成額 1,380 円	村助成率 0.4 村助成額 2,789 円	村助成率 0.4 村助成額 4,184 円	村助成率 0.5 村助成額 7,685 円	村助成率 0.6 村助成額 13,416 円	村助成率 0.6 村助成額 14,807 円	村助成率 0.6 村助成額 16,326 円
4. サービス利用に係る自己負担額	2,070 円	4,183 円	6,274 円	7,685 円	8,943 円	9,870 円	10,883 円

※単位数に村の助成率を乗じ、1円未満の額がある場合は、切り上げて算出しています。

※この料金表は1割負担の場合です。

☆ 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等計画に定めた期日より利用が少なかった場合、又は小規模多機能型居宅介護等計画に定めた期日より多かった場合であっても、日割りでの割引又は増額はいたしません。

☆ 月途中から登録した場合又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・・・契約者が当施設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・・・契約者と当施設の利用契約を終了した日

☆ 契約者がまだ要介護認定又は要支援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。要介護又は要支援の認定を受けた後、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、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。

☆ 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）

☆ 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、契約者の負担額を変更します。

イ 加算額

次の①から⑥の各種加算費用は、施設又は契約者の状況によって該当する場合に加算されます。なお、アの包括費用の額と同様に要介護度に応じて基準額の自己負担分に村の助成率を乗じて差し引いた額が自己負担額となります。（以下、①から⑥の表では、村助成率、村助成額を省略します。）

①初期加算（１日につき）

利用開始から 30 日間

1. 初期加算金額	300 円
2. うち、介護保険から給付される金額	270 円
3. サービス利用に係る自己負担額	30 円

②認知症加算

◇認知症加算（Ⅱ）（１月につき）

- ・ 認知症介護実践リーダー研修等終了者が 1 人以上いること。
- ・ 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して、専門的な認知症ケアを実施していること。
- ・ 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開催していること。
- ・ 認知症自立度Ⅲランク以上

1. 認知症加算（Ⅱ）金額	8,900 円
2. うち、介護保険から給付される金額	8,010 円
3. サービス利用に係る事故負担額	890 円

◇認知症加算（Ⅲ）（１月につき）

認知症自立度Ⅲランク以上

1. 認知症加算（Ⅲ）金額	7,600 円
2. うち、介護保険から給付される金額	6,840 円
3. サービス利用に係る自己負担額	760 円

◇認知症加算（Ⅳ）（１月につき）

要介護２で認知症自立度Ⅱランク

1. 認知症加算（Ⅳ）金額	4,600 円
2. うち、介護保険から給付される金額	4,140 円
3. サービス利用に係る自己負担額	460 円

③若年性認知症利用者受入加算（１月につき）

受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、利用者に対して、特性やニーズに応じた介護サービスを提供すること。

1. 若年性認知症利用者受入加算金額	8,000 円
2. うち、介護保険から給付される金額	7,200 円
3. サービス利用に係る自己負担額	800 円

※認知症加算をとっている場合は算定不可

④総合マネジメント体制強化加算Ⅰ（１月につき）

- ・小規模多機能型居宅介護計画について介護職員や看護職員等の多職種協働により随時見直しを行っている。
- ・日常的に地域住民との交流を図り、地域の行事や活動等に積極的に参加している。
- ・日常的に利用者に関わりのある地域住民等の相談に対応する体制を確保している。
- ・必要に応じて、多様な主体が提供する生活支援サービスが包括的に提供されるよう居宅介護サービス計画が作成されている。
- ・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。

1. 総合マネジメント体制強化加算金額	12,000 円
2. うち、介護保険から給付される金額	10,800 円
3. サービス利用に係る自己負担額	1,200 円

⑤サービス提供体制強化加算

- ・サービス提供体制強化加算（Ⅰ）（１月につき）（1）又は（2）のいずれかに該当すること。

介護従業者ごとに研修計画を作成し、利用者に関する会議を定期的に開催していること。

（1）介護従業者総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上であること。

（2）勤続10年以上の介護福祉士が25パーセント以上。

1. サービス提供体制強化加算（Ⅰ）金額	7,500 円
2. うち、介護保険から給付される金額	6,750 円
3. サービス利用に係る自己負担額	750 円

・サービス提供体制強化加算（Ⅱ）（１月につき）

介護従業者ごとに研修計画を作成し、利用者に関する会議を定期的に開催していること。介護従業者総数のうち、介護福祉士の占める割合が 100 分の 50 以上であること。

1. サービス提供体制強化加算（Ⅱ）金額	6,400 円
2. うち、介護保険から給付される金額	5,760 円
3. サービス利用に係る自己負担額	640 円

・サービス提供体制強化加算（Ⅲ）（１月につき）

介護従業者ごとに研修計画を作成し、利用者に関する会議を定期的に開催していること。介護従業者総数のうち、介護福祉士の占める割合が 100 分の 40 以上であること。常勤職員の占める割合が 100 分の 60 以上であること。勤続年数 7 年以上の者の占める割合が 100 分の 30 以上であること。

1. サービス提供体制強化加算（Ⅲ）金額	3,500 円
2. うち、介護保険から給付される金額	3,150 円
3. サービス利用に係る自己負担額	350 円

⑥訪問体制強化加算（介護予防小規模多機能型居宅介護は算定しない。）

・訪問サービスの提供に当たる常勤の従業者を 2 名以上配置し、事業所における延べ訪問回数が 1 月当たり 200 回以上である場合に算定。

1. 訪問体制強化加算金額	10,000 円
2. うち、介護保険から給付される金額	9,000 円
3. サービス利用に係る自己負担額	1,000 円

⑦特別地域加算

・厚生労働大臣が定める地域に所在する指定小規模多機能型居宅介護施設に算定。

一月単位の包括費用の額に 15% を乗じた額。

⑧介護職員等処遇改善加算Ⅰイ～Ⅳ

・任用の際における職責または職務内容等の任用要件、賃金体系を定めていること。介護職員の資質の向上支援に関する計画を策定し、研修の実施または研修の機会を確保すること。昇給の仕組みを設けていること等。

- ア 介護職員等処遇改善加算Ⅰイ
一月単位の包括費用の額に加算①～⑦を加え、17.1% を乗じた金額
- イ 介護職員等処遇改善加算Ⅰロ
一月単位の包括費用の額に加算①～⑦を加え、18.6% を乗じた金額
- ウ 介護職員等処遇改善加算Ⅱイ
一月単位の包括費用の額に加算①～⑦を加え、16.8% を乗じた金額
- エ 介護職員等処遇改善加算Ⅱロ

	一月単位の包括費用の額に加算①～⑦を加え、18.3%を乗じた金額
オ	介護職員等処遇改善加算Ⅲ
	一月単位の包括費用の額に加算①～⑦を加え、15.6%を乗じた金額
カ	介護職員等処遇改善加算Ⅳ
	一月単位の包括費用の額に加算①～⑦を加え、12.8%を乗じた金額

※加算の算定条件がそれぞれに違い、当事業所の運営状況や人員等によって変動するものですので、ご了承ください。変更時には事前に連絡させていただきます。

（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（食事代）

契約者に提供する食事に要する費用です。

朝食：300 円、昼食：450 円、夕食：450 円

イ 宿泊に要する費用

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。

1 泊あたり：2,000 円

ウ オムツ代：30 円（１枚につき）

契約者が持参した場合は、いただきません。

エ レクリエーション、グループ活動

契約者の希望によりレクリエーションやグループ活動に参加していただくことができます。（利用料金：材料代等の実費をいただきます。）

オ 記録の開示

契約者からの請求により、サービス提供についての記録を閲覧する事ができます。

カ 複写物の交付

契約者は、請求を行うことでサービス提供についての記録を閲覧できますが、複写物の交付を希望される場合は、1 枚につき 10 円（実費）をいただきます。

☆ 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変更する事由について、変更を行う 2 か月前までにご説明します。

（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・費用は、1 か月ごとに計算し次のいずれかの方法により翌月末日までにお支払いください。

①施設での現金支払

②銀行振込み

銀行振込みの場合

旭川信用金庫占冠出張所

口座名 社会福祉法人占冠村社会福祉協議会一般会計

会長 窪 田 敏 雄

普通預金 0 0 3 4 4 9 5

※振込み手数料につきましては、契約者のご負担となります。

（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等サービスは、小規模多機能型居宅介護等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、訪問サービス又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、契約者の都合により、小規模多機能型居宅介護等サービスの利用を中止又は変更、若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。この場合には原則としてサービスの実施日の前日 17 時までには事業者に出してください。

☆ ５．（１）の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 か月ごとの包括費用（定額）のため、サービスの利用回数等を変更された場合も 1 か月の利用料金は変更されません。ただし、５．（２）の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 17 時までには申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料（キャンセル料）として下記の料金をお支払いいただく場合があります。

利用予定日の前日 17 時までには申し出があった場合	無 料
利用予定日の前日 17 時までには申し出がなかった場合	当日の利用料金の 100% （自己負担相当額）

☆ サービス利用の変更・追加の申し出に対して、施設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できない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

（５）小規模多機能型居宅介護等計画について

小規模多機能型居宅介護等サービスは、契約者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、契約者の心身の状況、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、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小規模多機能型居宅介護等計画を定め、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）当施設における苦情の受付

当施設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（担当者）

〔職名〕 管理者 中 本 留 美
 ○連絡先 0167-56-2255 又は施設携帯電話 090-7641-8299
 〈苦情解決責任者 〔職名〕 事務局長 三 橋 英 臣〉

（２）第三者委員

当施設では、地域にお住まいの以下の方を第三者委員に選任し、地域住民の立場から当施設のサービスに対するご意見などをいただいています。契約者は、当施設への苦情やご意見を「第三者委員」に相談することもできます。

○第三者委員 山 下 由 美 子（勇払郡占冠村字中央 連絡先 0167-56-2206）

（３）行政機関その他苦情受付機関

占冠村役場 福祉子育て支援課	所在地 北海道勇払郡占冠村字中央 電話番号・FAX 0167-56-2122・0167-56-2184 受付時間 08：30～17：15
北海道 国民健康保険団体連合会	所在地 北海道札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館 電話番号・FAX 011-231-5161・011-231-5178 受付時間 09：00～17：00
北海道福祉サービス運営 適正化委員会	所在地 北海道札幌市中央区北2条西7丁目 北海道社会福祉総合センター3階 電話番号・FAX 011-204-6310・011-204-6311 受付時間 09：00～17：00

7. 運営推進会議の設置

当施設では、小規模多機能型居宅介護等の提供にあたり、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：契約者又は契約者の家族、占冠村役場職員（福祉子育て支援課長）、占冠村社会福祉協議会会長、医療関係者、地域の代表者等。 開 催：概ね2か月に1回開催します。 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

当施設では、各契約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ています。

〈協力医療機関〉 村立占冠診療所 所在地 勇払郡占冠村字中央 電話 0167-56-2369 占冠村歯科診療所 所在地 勇払郡占冠村字中央 電話 0167-56-2537

9. 虐待防止について

事業所は、ご利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、次の措置を講じます。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図ります。
- (2) 委員会は6か月に1回以上の定期的な開催及び必要に応じて開催します。
- (3) 虐待防止のための指針を整備します。
- (4) 従業員に対し、虐待防止のための研修を定期的 to 実施します。

10. 身体的拘束等の排除及び禁止

当施設では、契約者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、身体的拘束その他の契約者の行動を制限する行為を行わないため、次の措置を講じます。

- (1) 身体的拘束等を適正化することを目的として、身体的拘束適正化検討委員会（以下「委員会」という。）を設置します。
- (2) 委員会は3か月に1回以上の定期的な開催及び必要に応じて開催します。
- (3) 身体的拘束等の適正化のための指針を整備します。
- (4) 身体的拘束適正化のため、基本方針の確認や身体拘束等の弊害等に関する研修を年1回以上実施します。

11. 非常災害対策

- (1) 施設に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
 - ・災害対策に関する担当者（防火管理者）職・氏名：（管理者 中本 留美）
- (2) 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します。
- (3) 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。（年2回）

12. 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。
- 利用希望があっても、契約者の体調によっては、入浴サービスを中止させていただく場合があります。
- 自宅から施設までの送迎をいたしますが、通い時間以外の送迎につきましては、対応できない場合がございます。
- 宿泊サービスにつきましては、できるだけ早期に申込みいただきますようお願いいたします。なお、急な利用希望にもできるだけ対応いたしますが、宿泊室の空き状況等によっては利用できない場合がございます。
- 騒音等、他の契約者の迷惑になる行為はご遠慮ください。状況によってはサービスを中止させていただく場合があります。
- 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- ペットの持ち込みはお断りいたします。

- 施設内での他の契約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。
- 施設内での他の契約者との金銭等のやりとりはご遠慮下さい。
- 自然災害等により交通が麻痺し、送迎に支障があると判断する場合や利用者及び職員に危険があると判断した場合にはサービスを一時休止する事がありますのでご了承下さい。
- 新型コロナウイルス等の感染症拡大予防の観点から、発熱や風邪症状がある場合にはサービス提供をお断りする場合があります。また、利用中に発熱や風邪症状を確認した場合には、家族による送迎や急遽帰宅していただくなどの対応をお願いする場合があります。
- 入院等により1か月以上の利用がない場合（退院の見込みが1か月以上ない等）は、契約を解除させていただく場合があります。その際には、施設より相談させていただきます。

重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	令和 年 月 日
-----------------	-------------------------

本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者	所在地	北海道勇払郡占冠村字シムカプ原野 56 番 21
	法人名	社会福祉法人占冠村社会福祉協議会
	法人代表者名	会 長 窪 田 敏 雄 印
	施設名	占冠村小規模多機能型居宅介護施設
	説明者氏名	印

事業者から上記内容の説明を受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

契約者	住 所	北海道勇払郡占冠村字
	氏 名	印

代理人	住 所	
	氏 名	印