# 重要事項説明書（小規模多機能型居宅介護）

当事業所は介護保険の指定を受けています。

神奈川県川崎市指定　第 1495100040 号

当事業者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。

※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」および「要介護」と認定された方が対象となります。

☆★目次★☆


1. 事業者
2. 事業所の概要
3. 事業実施地域及び営業時間
4. 職員の配置状況
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金
6. 事故発生時の対応
7. 苦情の受付について（契約書第 18 条参照）
8. 運営推進会議の設置
9. 協力医療機関・施設
10. 非常災害時の対応
11. 身体的拘束の禁止
12. 身体拘束廃止委員会・倫理委員会の設置
13. 第三者評価の実施状況
14. サービス利用にあたっての留意事項


2026 年 10 月 6 日 -改訂版-

## 1. 事業者

| | | |
|---|---|---|
| (1) | 法人名 | 特定非営利活動法人 楽 |
| (2) | 法人所在地 | 神奈川県川崎市幸区中幸町1-49 |
| (3) | 電話番号 | 044-742-7250 |
| (4) | 代表者氏名 | 理事長　柴田 範子 |
| (5) | 設立年月日 | 平成16年4月2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<br>平成18年5月1日指定 神奈川県川崎市 1495100040 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、生活の支援を目的とし、通い・訪問・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 | 特定非営利活動法人 楽 ひつじ雲 |
| (4) | 事業所の所在地 | 神奈川県 川崎市 幸区 幸町 4丁目18-8 |
| (5) | 電話番号 | 044-522-4910 |
| (6) | FAX番号 | 044-522-4911 |
| (7) | 管理者氏名 | 栗原 祐太 |
| (8) | 事業所基本理念 | 人格の尊重<br>利用者が「主体性」や「価値観」を持った個人であることを尊重し、その人らしさを支援する。<br>生活の継続性<br>利用者の生活が、これまでの日常生活の延長上にあり今後も継続的に住み慣れた地域で生活をより良く継続できるように支援する。<br>社会参加<br>利用者が、これまでの日常生活の中で培ってきた好きなことや様々な経験を発揮できる場を設け、「地域社会の一員」として双方向に交流が出来るよう支援する。<br>自主性の向上<br>利用者が自主的に行動できるような働きかけを常に心がけ支援する。 |
| (9) | 開設年月 | 平成18年5月1日 |
| (10) | 登録定員 | 27人 |
| (11) | 居室等の概要 | 当事業所では、以下の居室・設備をご用意しております。宿泊サービスは個室となります。（ただし、利用者の身心の状況や居室等の空き状況により、ご希望に添えない場合もあります。） |

| 居室・設備の種類 | 数　量 |
|---|---|
| 宿泊室 | 個室×4室　ベッド(3)・布団(1) |
| 居間 | |
| 食堂 | 2室 |
| 台所 | |
| 浴室 | |
| 消防施設 | |
| その他 | |

※上記は厚生労働省が定める基準により、指定小規模多機能型居宅介護事業所に設置が義務付けられている設備です。

## 3. 事業実施地域及び営業時間

(1)事業の実施地域:川崎市幸区全域(川崎市内その他の区はご相談ください。)

(2)営業日及び営業時間

| 営業日 | | 年中無休 |
|---|---|---|
| 営業時間 | 通いサービス | 8:30～17:30 |
| | 訪問サービス | 0:00～24:00 |
| | 泊りサービス | 17:30～8:30 |

## 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。

**〈主な職員の配置状況〉 *職員の配置については、指定基準を尊守しています。**

| 従業者の職種 | 常 勤 | 非常勤 | 職務内容 |
|---|---|---|---|
| 1. 管理者 | 1 | | 事業内容調整 |
| 2. 介護支援専門員 | 1 | | サービスの調整・相談業務 |
| 3. 介護職員 | 5 | 12 | 日常生活の介護・相談業務 |
| 4. 看護職員 | 1 | 1 | 健康チェック等の医務業務 |

※令和 7 年 12 月 14 日現在

## 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(介護保険の給付対象となるサービス)

以下のサービスについては、

◆[介護保険負担割合証]の利用者負担割合が1割の方

⇒利用料金の9割が介護保険から給付、利用者の自己負担は費用全体の1割

◆[介護保険負担割合証]の利用者負担割合2割の方

⇒利用料金の8割が介護保険から給付、利用者の自己負担は費用全体の2割

◆[介護保険負担割合証]の利用者負担割合が3割の方

⇒利用料金の7割が介護保険から給付、利用者の自己負担は費用全体の3割

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・排泄等の日常生活上のお手伝い、機能訓練を提供します。

**イ　訪問サービス**

・利用者の自宅にお伺いし、食事介助や排泄等の日常生活上のお手伝いを提供します。

・訪問サービス実施のための必要な備品類(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 ご契約者もしくはその家族からの金銭・品物の授受

③ 飲酒及び喫煙

④ ご契約者もしくはその家族に対して宗教活動、政治活動、営利活動

⑤ その他、ご契約者もしくはその家族に行う迷惑行為

**ウ　宿泊サービス**

・事業所に宿泊していただき、食事・入浴・排泄等の日常生活上のお手伝い、機能訓練を提供します。

≪短期利用居宅介護について≫

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事業所の介護支援専門員が、当該指定小規模多機能型居宅介護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。

（1）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数(4) ×（当該事業所の登録定員(27) － 当該事業所の登録者数）÷ 当該事業所の登録定員(27) *小数点第一位以下四捨五入

（2）短期利用居宅介護の利用は、予め7日以内（利用者の日常生活上の世話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。

（3）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。

〈サービスの利用料金〉

利用料金は、通い・訪問・宿泊（介護費用分）全てを含んだ 1 月単位の包括費用（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額を除いた金額（自己負担額）をお支払いください。

①介護保険の基本単位

| 介護度 | 基本単位 | 介護度 | 基本単位 |
|---|---|---|---|
| 要支援1 | 3,450 | 要支援2 | 6,972 |
| 要介護1 | 10,458 | 要介護4 | 24,677 |
| 要介護2 | 15,370 | 要介護5 | 27,209 |
| 要介護3 | 22,359 | | |

②加算

| 項　　目 | 内　　容 | 単　位 |
|---|---|---|
| 訪問体制強化加算 | 訪問サービスにあたる常勤の従業者 2 名以上配置。<br>延べ訪問回数が月に 200 回以上。 | 1,000 |

| | | |
|---|---|---|
| 総合マネジメント体制強化加算 | 小規模多機能型居宅介護が、地域包括ケアシステムの担い手として、より地域に開かれた拠点となり、認知症対応を含む様々な機能を発揮する事により、地域の多様な主体とともに利用者を支える仕組みづくりを促進する観点から、地域包括ケアの推進と地域共生社会の実現に資する取り組みを評価する。 | 1,200 |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | 研修等を実施している。介護福祉士が 70%以上配置。 | 750 |

③認知症加算

下記の内容に該当する際は基本金額に上乗せ加算されます。

| 項　　目 | 内　　容 | 単　位 |
|---|---|---|
| 認知症加算(Ⅲ) | 認知症日常生活自立度Ⅲ以上 | 760 |
| 認知症加算(Ⅳ) | 認知症日常生活自立度Ⅱ | 460 |

④小規模多機能型処遇改善加算Ⅰ　　…18.6%

⑤地域加算　　…10.88

◆利用料金算出方法

❶サービス基本単位を算出

**①介護保険の基本単位 ＋ ②加算 ＋ ③認知症加算(※該当者のみ)**

❷小規模多機能型処遇改善加算Ⅰを算出

**❶の合計 × 18.6%**

❸地域加算を計上

**（❶ ＋ ❷）× 10.88**

❹自己負担分を算出

**❸の 1 割 or2 割 or3 割 ＝ 利用者自己負担合計額**

※上記割合は、介護保険負担割合証に記載されています。

◆初期加算

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、初期加算として下記の通り加算分も自己負担が必要になります。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。

| 項　　目 | 単 位 | 備 考 |
|---|---|---|
| 初期加算<br>（30日まで） | 30/日 | 左記単位に訪問体制強化加算、総合マネジメント体制強化加算、サービス提供体制強化加算（Ⅰ）、小規模多機能型処遇改善加算Ⅰおよび地域加算が計上されます。<br>**≪参考金額（利用開始後 30 日間の合計）≫**<br>**利用者負担割合が**<br>**1割の方⇒約1,161円**<br>**2割の方⇒約2,322円**<br>**3割の方⇒約3,483円**<br>※要介護度、認知症加算により数円の誤差が生じる場合があります。 |

※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…… 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。

*短期利用居宅介護 利用料金

| 算定項目 | | 合成単位 | 備　考 |
|---|---|---|---|
| 基本単位 | 要支援1 | 424 | 1日につき |
| | 要支援2 | 531 | |
| | 要介護 1 | 572 | |
| | 要介護 2 | 640 | |
| | 要介護 3 | 709 | |
| | 要介護 4 | 777 | |
| | 要介護 5 | 843 | |
| 加算 | 認知症加算（Ⅲ）*該当者のみ | 760 | 1ヶ月につき |
| | 認知症加算（Ⅳ）*該当者のみ | 460 | |
| | 訪問体制強化加算 | 1,000 | |
| | サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | 750 | |
| | 総合マネジメント強化加算（Ⅰ） | 1,200 | |
| | 小規模多機能型処遇改善加算Ⅰ | ※上記❷ | |

**(2)利用料金の全額をご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)**

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　食事の提供(食事代)**

・ご契約者に提供する食事に要する費用です。

［料金］朝500円 / 昼850円 / 夕500円 (1食)

**イ　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。

［料金］3,000円(1泊)

＊生活保護の方については1，500円(差額分については法人で負担いたします。)

**ウ　通常の事業の実施地域(幸区)以外のご契約者に対する送迎費**

・実施区域を超える場合には、公共交通機関の利用(自己負担)、又は、応相談で１キロにつき50円の支払いを受けます。

**エ　おむつ代**

［料金］リハビリパンツ:100円 / パッド:50円

**オ　レクリエーション費**

・ご契約者の希望によりレクリエーションにご参加された場合の費用です。

［料金］材料代等の実費をいただきます。

**カ　複写物の交付**

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

［料金］10円(1枚)

＊経済状況の著しい変化や、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。その場合は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ヶ月前までにご説明します。

**≪利用料金のお支払い方法≫**

前記(1)(2)の料金、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末日までにお支払いください。

①事業所での現金支払

②銀行振込

③自動口座引落(お手続きに2ヶ月程度かかります。)

【銀行振込の場合】

| |
|---|
| 川崎信用金庫　本店営業部　普通預金1502301 |
| 特定非営利活動法人　楽　　理事長 柴田　範子 |

≪利用の中止・変更・追加≫

☆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、契約者の日々の状態、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、または変更、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。この場合は原則としてサービス実施の前日までに事業者に申し出てください。（追加に関しては利用状況によりお受けできかねる場合もございます。）

☆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）のため、サービスの利用回数等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サービスについては利用予定日の前日までに申し出が無く、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事由がある場合は、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 | 食費　全額 |

≪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に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.　事故発生時の対応

利用者に対する指定小規模多機能型居宅介護サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、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。

一　当事業所は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録し、当該利用者の契約終了の日から５年間保存します。

二　当事業所は、利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

保険会社名：損害保険ジャパン株式会社

保険名：賠償責任保険

## 7. 苦情の受付について

### (1)当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下で受け付けます。

◆苦情受付窓口　【管理者　栗原 祐太】

◆受付時間　8:30～17:30

※その他の時間でも急を要する場合はお受けいたしております。

◆電話番号　044-522-4910

### (2)行政機関その他の苦情受付機関

| | | |
|---|---|---|
| 市町村介護保険相談窓口 | 所在地 | 川崎市幸区戸手本町1-11-1 |
| | 電話番号 | 044-556-6619 |
| | 受付時間 | 8:30～17:00(月～金) |
| 健康福祉局高齢者事業推進課<br>事業者指導係<br>(川崎市役所) | 所在地 | 川崎市川崎区宮本町1 |
| | 電話番号 | 044-200-2910 |
| | 受付時間 | 8:30～17:00(月～金) |
| 神奈川県国民健康保険団体連合会<br>(国保連) | 所在地 | 横浜市西区楠木町27－1 |
| | 電話番号 | 045-329-3400 |
| | 受付時間 | 9:00～17:00(月～金) |

## 8. 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。

| | |
|---|---|
| ◇構成 | 利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、市町村職員、知見を有する者 |
| ◇開催 | 隔月で開催 |
| ◇会議録 | 会議の内容、評価、要望、助言等について記録します |

年に一度、運営推進会議にて外部評価を行います。

[直近実施日:2025 年 2 月 19 日]

## 9. 協力医療機関・施設

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・施設として連携体制を整備しています。

☆ 協力病院 ☆

| | |
|---|---|
| 名称 | 川崎幸クリニック |
| 代表者 | 杉山　孝博 |
| 所在地 | 川崎市幸区南幸町1-27-1 |
| 連絡先 | 044-544-1020 |

☆ 協力歯科医院 ☆

| | |
|---|---|
| 名称 | ぶどうのえだ歯科医院 |
| 代表者 | 小川 慶太郎 |
| 所在地 | 川崎市川崎区富士見1-6-15 |
| 連絡先 | 044-223-5243 |

☆ 協力施設 ☆

| | |
|---|---|
| 名称 | 社会福祉法人 春日会 特別養護老人ホーム 等々力 |
| 代表者 | 金子 フミ |
| 所在地 | 川崎市中原区宮内4-19-26 |
| 連絡先 | 044-753-2264 |

## 10. 非常災害時の対応

非常火災時には、別途定める消防計画に沿って対応を行います。

また、避難訓練を年2回、契約者も参加の上行います。

◆防火管理者　園部 鑑子

◆消防用設備　消火器／火災報知機／非常用照明

地震・水害等発生時は地区避難所へ避難いたします。ご家族による避難場所へのお迎えをお願いいたします。《幸町小学校 所在地:川崎市幸区中幸町２丁目17》

≪災害発生時(台風・大雪・地震等)における支援体制について≫

大型台風、大雪、地震などにより、安全な送迎や移動が極めて困難と判断した場合は、通いサービスを中止し、安否確認などの必要なケアへ切り替えさせていただきます。

また、万が一の事態に備え、ご家族の皆様に以下の点についてご準備とご協力をお願いいたします。

①災害時に必ず連絡が取れる連絡先(携帯電話、勤務先等)の提示

②状況に応じたお迎え・在宅避難のご協力

## 11. 身体的拘束の廃止及び、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行う際の手続き

事業者はサービス提供にあたり、契約者または他の契約者の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、車椅子やベッドに胴や四肢を縛る、ミトン型の手袋をつける、腰ベルトやY字型抑制帯をつける、介護衣を着せる、車椅子にテーブルを取り付ける、ベッド柵を4本つける、居室の外から鍵を掛ける、向精神薬を過度に使用する等の方法による身体的拘束を行いません、やむを得ず身体的拘束を行う場合、「切迫性」「非代替性」「一時性」を全て満たしているか検討し、記録を行います。身体的拘束の必要性がなくなった場合速やかに拘束を解除し、全ての記録を行います。また、速やかにご家族へ身体的拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯を詳細に説明いたします。

## 12. 身体拘束廃止委員会・倫理委員会の設置

理事長、管理者、介護支援専門員、介護者による身体拘束廃止委員会はカンファレンス等により、身体拘束の廃止が困難な事例について検討します。この委員会は「やむを得ない拘束」か否かの審査等を行う倫理委員会も兼任します。また契約者ごとに身体的拘束廃止の取り組み方法を策定し、介護者全員に周知させます。

## 13. 第三者評価の実施状況

当事業所は、第三者評価機関による評価を実施しておりません。

## 14. サービス利用にあたっての留意事項

＊サービスの利用に際して、介護保険被保険者証及び、介護保険負担割合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ください。

＊事業所内での他の利用者・職員に対する宗教活動、政治活動はご遠慮ください。

令和　　年　　月　　日

指定小規模多機能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）住所　　川崎市　幸区　幸町　4-18-8

事業者名　　特定非営利活動法人　楽　ひつじ雲

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　　㊞

電話

（代理人）住所

氏名　　㊞

電話

＊この重要事項説明書は、厚生労働省令第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代理人への重要事項説明のために作成したものです。