

高岡市日常生活支援総合事業
サービス・活動 A 重要事項説明書

あなた（ご利用者様）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者

運営主体の法人の概要は、次の通りです。

法人名	有限会社マルチメディアネットワーク
所在地	富山県富山市婦中町中名 1077 番地 7
代表者氏名	代表取締役 福田 由美
電話番号	076-465-1880

2. 事業所の概要

事業所の概要は、次の通りです。

名称	富山県指定訪問介護事業所 コミュニティケア
所在地	富山県高岡市太田伊勢領 1 5 1 1 番地 1 3
運営	有限会社マルチメディアネットワーク
管理者氏名	福田 由美
事業者番号	1670500360
電話番号	0766-45-0117
FAX 番号	0766-45-0155

3. 事業の目的と運営の方針

＜目的＞

要支援状態にある方または事業対象者であるご利用者様が、その有する能力に応じ、可能な限り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、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、訪問型サービス A を提供することを目的とします。

<運営の方針>

事業者は、ご利用者様の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他の関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、ご利用者様が要支援状態の維持若しくは改善又は要介護状態となることの予防のため、適切なサービス提供に努めます。

4. 従業者の職種、人数及び職務内容

職種	職員体制	職務
管理者	常勤 1 名	事業所の授業者の管理及び業務の管理を一元的に行います。
サービス提供責任者	常勤兼務 1 名	事業所に対す指定訪問介護の利用の申し込みに係る調整、訪問介護員に対する技術指導、訪問介護計画の策定などを行います。
訪問介護員	常勤 1 名	訪問介護の提供にあたります。
	非常勤 1 名	
事務員	常勤 1 名	必要な事務を行います。

5. 営業日及び営業時間

営業日	毎日
営業時間	午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分まで 但し、営業時間以外であっても、ご依頼があれば対応致します。

6. 事業の実施区域

◇ 高岡市の区域

7. 利用の中止、変更、追加

- ①利用予定日の前に、ご利用者様の都合により、訪問介護サービスの利用を中止、変更、又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。
- ②訪問型サービスは、利用料が月単位の定額のため、キャンセル料は不要とします。
- ③サービス利用の変更・追加申し出に対して、訪問介護員の稼働状況によりご利用者様の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日をご利用者様に提示して協議します。

8. 利用料金

別記に記載します。

9. 料金の支払い等

料金の支払期限と支払方法は、次の通りとします。

支払方法	利用者様ご指定口座からの引落とし
収納機関	金融機関 各本支店
引落日	毎月 27 日に前月利用分を引落とし
書類手続き	利用開始時または変更時
引落としできない場合	当社へ振込、もしくは、月末までに窓口まで現金持参

10. 緊急時における対応

指定訪問介護の提供を行っているときに、ご利用者様に病状の急変が生じた場合は、すみやかに主治医への連絡を行い、管理者に報告します。

11. 身体拘束

介護サービスを提供するにあたって、当該利用者様または他の利用者様の生命または身体を保護するための緊急止むを得ない場合を除き、身体拘束、行動を制限する行為を行いません。

- ①前項の身体的拘束を行う場合には、その態様及び時間、その他の利用者様の心身の状況及び緊急を止むを得ない理由を記録することとします。
- ②身体拘束等の適正化のための対策を検討する会を 3 ヶ月に 1 回開催し、その結果について訪問介護員に周知徹底を図ります。また、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に実施します。

12. 虐待の防止策

利用者様の人権擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、以下に掲げる事項を実施致します。

- ① 虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）を定期的に開催するとともに、その結果について訪問介護員に周知徹底を図ります。
- ② 虐待を防止するための定期的な研修を実施します。
- ③ 前号に掲げる装置を適切に実施するための担当者を設置する。

13. 業務継続計画の策定等

感染症や非常災害の発生時において、利用者様に対する介護保険サービス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（以下「業務継続計画」という）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な装置を講じるものとする。

- ① 事業者は、訪問介護員に対し、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 事業者は、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。

14. 損害賠償責任

事業者及びサービス従事者の訪問介護サービスの実施にともなって、生じた損害について賠償する責任を負います。但し、ご利用者様にも故意または重大な過失が認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じることができるものとします。

15. 守秘義務

事業者及びサービス従事者は、訪問介護サービスで知り得たご利用者様及びそのご家族様に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、サービス提供終了後も継続します。

16. サービスの第三者評価の実施状況について

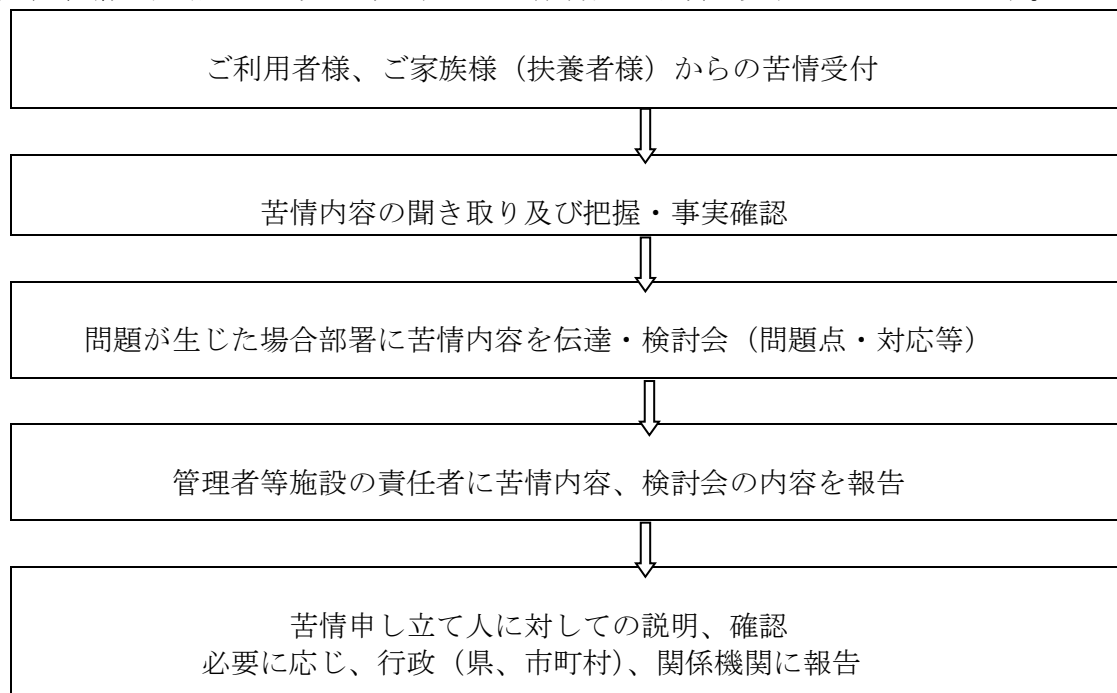
当事業所は、第三者評価を行っていません。

17. 相談・苦情及び連絡

① 苦情処理の体制及び手順

- (ア) 提供したサービスに係るご利用者様及びご家族様（扶養者様）からの相談及び、苦情を受ける窓口を設置します。

- (イ) 苦情に円滑かつ適切に対応するため体制及び手順は以下のとおりとします。



ご利用者様からの苦情に関して、市町村又は国民健康保険連合会が行う調査に協力するとともに、市町村または国民健康保険連合会から指導または助言を受けた場合においては、それに従って必要な改善を行います。

② 相談・苦情申立の窓口

相談・苦情受付窓口	窓口責任者	団 恵子
	ご利用時間	午前 8 時 30 分から午後 5 時
	ご利用方法	電 話 (0766) - 45 - 0117 F A X (0766) - 45 - 0155

【当事業所以外の、相談や苦情などについての窓口は下記の通りとします。】

高岡市長寿福祉課 高岡市広小路 7 - 5 0	電話 (0766) - 20 - 1334
富山県国民健康保険団体連合会 富山市下野 9 9 5 - 3	電話 (076) - 431 - 9833
富山県福祉サービス運営適正化委員会 富山市安住町 5 - 2 0	電話 (076) - 432 - 3280

18. 記録の整備

- ①職員、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備します。
- ②ご利用者様に対する訪問サービスに関する記録を整備し、その完結の日から 5 年間保存することとします。

この規定は、この規定は、平成 29 年 6 月 1 日から施行する

平成 31 年 4 月 1 日 一部改定
令和 1 年 10 月 1 日 一部改定
令和 3 年 4 月 1 日 一部改定
令和 3 年 10 月 1 日 一部改定
令和 4 年 10 月 1 日 一部改定
令和 6 年 4 月 1 日 一部改定
令和 7 年 4 月 1 日 一部改定

有限会社 マルチメディアネットワーク

指定訪問介護事業 コミュニティケア

重要事項説明書別記 (令和7年4月1日改定)

1. 利用料その他の費用の額

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は原則として負担割合証に記載のとおり基本利用料の1割、2割または3割の額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

	サービス内容	個人負担の費用 1割
訪問型サービス A (Ⅰ)	1週間に1回程度の訪問型サービスが必要とされた場合	1,058 円
訪問型サービス A (Ⅱ)	1週間に2回程度の訪問型サービスが必要とされた場合	2,114 円
訪問型サービス A (Ⅲ)	1週間に3回程度の訪問型サービスが必要とされた場合	3,354 円
初回加算		180 円

(注1) 上記の基本利用料は、高岡市が定める金額であり、これが改訂された場合は、これら基本利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

イ. 加算について

初回加算	1月につき	180 円
介護職員処遇改善加算Ⅰ	総単位数の	24.5%

☆減算対象サービス

当事業所と同一敷地内に入居のご利用者様は、所定費用の10%を減算させていただきます。

当事業所は、利用者へのサービス提供開始にあたり上記のとおり重要事項を説明しました。

令和 年 月 日
事業者名 有限会社 マルチメディアネットワーク
事業所名 訪問介護事業所 コミュニティケア
管理者名 福田 由美

説明者職 サービス提供責任者
氏 名 団 恵子

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

ご利用者様	住 所	
	氏 名	印
署名代行者様	住 所	
	氏 名	印
ご利用者様との関係		