

指定小規模多機能型居宅介護・指定介護予防小規模多機能型居宅介護
重 要 事 項 說 明 書
小規模多機能型居宅介護 光憂館



令和 7 年 9 月 1 日

当事業所は、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・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。

1. 運営法人

法 人 名	社会福祉法人 光優会
法人所在地	岡山県総社市日羽 454 番地
連 絡 先	電話番号 0866-99-0010 ファックス 0866-99-0012 メールアドレス kouyoukai@k5963.com ホームページ https://www.k5963.com
代表者氏名	理事長 光嶋 司
設立年月日	昭和 56 年 4 月 25 日

2. 利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事 業 所 名 称	小規模多機能型居宅介護 光憂館
事 業 所 番 号	3390800104
事 業 所 所 在 地	岡山県総社市日羽 452 番地 1

(2) 事業の目的及び運営の方針

事 業 の 目 的	地域密着型サービスに該当する小規模多機能型居宅介護事業の適正な運営を確保するための人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の職員が要介護状態にある高齢者に対し、適正なサービスを提供することを目的とする。
運 営 の 方 針	利用者が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、利用者の心身の状況・希望・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・宿泊サービスを柔軟に組み合わせることによりサービスを提供する。

(3) 事業所の職員体制

管理 者	磯崎 雅仁
------	-------

職	職務内容	人員数
管理者	①事業所の従業者・業務の管理を一元的に行います。 ②法令等において規定されている（介護予防）小規模多機能型居宅介護の実施に関し、従業者に対し遵守すべき事項において指揮命令を行います。	常勤 1名
介護支援専門員	①適切なサービスが提供されるよう介護計画を作成します。 ②連携する介護老人福祉施設、介護老人保健施設、医療機関等との連絡・調整を行います。	常勤 1名
介護従業者	①利用者に対し必要な介護及び世話、支援を行います。	看護職員 1名以上 介護職員 必要数（登録者数及びサービス提供状況に応じ配置）

（4）営業日、営業時間及び実施地域

営業日	365日
①通いサービス提供時間	基本時間 午前9時30分から午後4時00分まで
②宿泊サービス提供時間	基本時間 午後4時00分から午前9時30分まで
③訪問サービス提供時間	24時間
通常の事業の実施地域	総社市

（5）登録定員及び利用定員

登録定員	24名
通いサービス利用定員	12名
宿泊サービス利用定員	8名

3. 提供するサービスの内容及び費用について

(1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類	サービスの内容
(介護予防) 小規模多機能型居宅介護計画の作成	<p>①サービスの提供開始時に、利用者が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、他の（介護予防）小規模多機能型居宅介護従業者との協議の上、援助目標、当該目的を達成するための具体的なサービス内容を記載した（介護予防）小規模多機能型居宅介護計画を作成します。</p> <p>②利用者に応じて作成した介護計画について、利用者及びその家族に対して、その内容について説明し同意を得ます。</p> <p>③計画を作成した際には、当該（介護予防）小規模多機能型居宅介護計画を利用者に交付します。</p> <p>④作成に当たっては、利用者の状態に応じた多様なサービスの提供に努め、さらに作成後は実施状況の把握を行い、必要に応じて介護計画の変更を行います。</p>
相談・援助等	①利用者の心身の状況等を的確に把握し、利用者・家族の相談に適切に応じ、支援を行います。
通いサービス及び宿泊サービスに関する内容	①移動・移乗介助 介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへの移乗の介助を行います。
	②排せつの介助 介助が必要な利用者に対して、トイレ誘導、おむつ交換を行います。
	③見守り等 利用者の安否確認等を行います。
	①血圧測定・体温測定・利用者の健康状態の把握に努めます。
	①日常生活動作を通じた訓練 利用者の能力に応じて、食事、入浴、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。
	②レクリエーションを通じた訓練 利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。
入浴サービス	①入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。
食事サービス	①食事の提供及び、食事の介助を行います。 ②食事は食堂でとっていただくよう配慮します。 ③身体状況・嗜好・栄養バランスに配慮して作成した献立表に基づいて提供します。

	送迎サービス	<p>①事業者が保有する自動車により、利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。</p> <p>ただし、道路が狭いなどの事情により、自動車による送迎が困難な場合は、車いす又は歩行介助により送迎を行うことがあります。</p>
訪問サービスに関する内容		<p>(1) 利用者の自宅に伺い、必要な日常生活上の世話を提供します。また、安否確認を含む見守り訪問を適切に行います。</p> <p>(2) (介護予防) 小規模多機能型居宅介護従業者の禁止行為</p> <p>(介護予防) 小規模多機能型居宅介護従業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。</p> <p>①医療行為 (ただし、看護職員、機能訓練指導員が行う診療の補助行為を除く。)</p> <p>②利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり</p> <p>③利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受</p> <p>④利用者の同居家族に対する訪問サービスの提供</p> <p>⑤利用者の日常生活の範囲を超えた訪問サービス提供 (大掃除、庭掃除など)</p> <p>⑥利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食</p> <p>⑦身体拘束その他利用者の行動を制限する行為 (利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く)</p> <p>⑧その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為</p>
短期利用に関する内容		<p>緊急に利用することが必要と認められる場合、所定の要件を満たした上で一定期間(通常 7 日以内、やむをえない事情がある場合は 14 日以内) 短期利用することができます。</p>

4. 利用料金

(1) 介護保険給付サービス利用料金

【小規模多機能型居宅介護費】

＜同一建物以外＞

事業所区分・要介護度	サービス提供時間	基本単位	利用料	利用者負担額		
				1割負担	2割負担	3割負担
要介護 1		10,458	104,580 円	10,458 円	20,916 円	31,374 円
要介護 2		15,370	153,700 円	15,370 円	30,740 円	46,110 円
要介護 3		22,359	223,590 円	22,359 円	44,718 円	67,077 円
要介護 4		24,677	246,770 円	24,677 円	49,354 円	74,031 円
要介護 5		27,209	272,090 円	27,209 円	54,418 円	81,627 円

＜短期利用＞

事業所区分・要介護度	サービス提供時間	基本単位	利用料	利用者負担額		
				1割負担	2割負担	3割負担
要介護 1		572	5,720 円	572 円	1,144 円	1,716 円
要介護 2		640	6,400 円	640 円	1,280 円	1,920 円
要介護 3		709	7,090 円	709 円	1,418 円	2,127 円
要介護 4		777	7,770 円	777 円	1,554 円	2,331 円
要介護 5		843	8,430 円	843 円	1,686 円	2,529 円

【介護予防小規模多機能型居宅介護費】

＜同一建物以外＞

事業所区分・要介護度	サービス提供時間	基本単位	利用料	利用者負担額		
				1割負担	2割負担	3割負担
要支援 1		3,450	34,500 円	3,450 円	6,900 円	10,350 円
要支援 2		6,972	69,720 円	6,972 円	13,944 円	20,916 円

＜短期利用＞

事業所区分・要介護度	サービス提供時間	基本単位	利用料	利用者負担額		
				1割負担	2割負担	3割負担
要支援 1		424	4,240 円	424 円	848 円	1,272 円
要支援 2		531	5,310 円	531 円	1,062 円	1,593 円

- ※ 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。
- ※ 登録日とは利用者と事業者が契約を締結した日ではなく、サービスを実際に利用開始した日を言います。
- ※ 登録終了日とは利用者と事業者の利用契約を終了した日を言います。

(2) 加算料金

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算	基本単位	利用料	利用者負担額			算定回数等
			1割負担	2割負担	3割負担	
初期加算	30	300 円	30 円	60 円	90 円	1日につき
看護職員配置加算 (I) ★	900	9,000 円	900 円	1,800 円	2,700 円	1月につき
看護職員配置加算 (II) ★	700	7,000 円	700 円	1,400 円	2,100 円	1月につき
認知症加算 (III) ★	760	7,600 円	760 円	1,520 円	2,280 円	1月につき
認知症加算 (IV) ★	460	4,600 円	460 円	920 円	1,380 円	1月につき
訪問体制強化加算★	1,000	10,000 円	1,000 円	2,000 円	3,000 円	1月につき
総合マネジメント体制強化加算 (II)	800	8,000 円	800 円	1,600 円	2,400 円	1月につき
生産性向上推進体制加算 (II)	10	100 円	10 円	20 円	30 円	1月につき
口腔・栄養スクリーニング加算	20	200 円	20 円	40 円	60 円	1回につき
サービス提供体制強化加算 (II)	640	6,400 円	640 円	1,280 円	1,920 円	1月につき (小規模多機能型居宅介護費を算定の場合)
サービス提供体制強化加算 (II)	21	210 円	21 円	42 円	63 円	1日につき (短期利用居宅介護費を算定の場合)
介護職員処遇改善加算 (I)	所定単位数の 149/1000	左記の単位数	左記の 1割	左記の 2割	左記の 3割	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数 (所定単位数)

- ※ ★については、介護予防小規模多機能型居宅介護での算定はできません。
- ※ 初期加算は、当事業所に登録した日から 30 日以内の期間について算定します。
- ※ 認知症加算 (III) は、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して、小規模多機能型居宅介護を行った場合に算定します。
- 認知症加算 (IV) は、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に該当する者に対して、小規模多機能型居宅介護を行った場合に算定します。
- ※ 看護職員配置加算は、看護職員について手厚い人員体制をとっている場合に算定します。
- ※ 訪問体制強化加算は、登録者の居宅における生活を継続するための指定小規模多機能型居宅介護の提供体制を強化した場合に算定します。

- ※ 総合マネジメント体制強化加算は、利用者の状況の変化に応じ多職種共同で(介護予防)小規模多機能型居宅介護計画を見直し、地域の病院、診療所等他の関係施設に対して当事業所が提供できるサービスの具体的な内容に関して情報提供を行っている場合に算定します。
- ※ 介護サービスの質の確保、職員の負担軽減や働きやすい職場、環境づくりに努め業界全体のデジタル化の推進し介護現場の生産性向上を目的として算定します。
- ※ 口腔・栄養スクリーニング加算は、利用開始時及び利用中6ヶ月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態のスクリーニングを行った場合に算定します。
- ※ サービス提供体制強化加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出た事業所が、利用者に対して(介護予防)小規模多機能型居宅介護を行った場合に算定します。
- ※ (利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合) 上記に係る利用料は、全額をいつたんお支払いただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費等の支給(利用者負担額を除く)申請を行ってください。
- ※ 介護職員等処遇改善加算は介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所等に認められる加算です。

(3) その他の費用について

以下の金額は利用料の全額が利用者の負担になります。

① 送迎費	利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、交通費の実費を請求いたします。 なお、自動車を使用した場合は次のとおり請求いたします。 事業所から20kmを超えた場合、1kmにつき20円加算	
② 交通費	通常の事業の実施地域を越えて行う訪問サービスを提供する場合に要する交通費は、その実費を請求します。なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の額とします。 事業所から20kmを超えた場合、1kmにつき20円加算	
③ 食事の提供に要する費用	朝食340円、昼食600円、夕食540円 1食単位で費用の支払いを受けるものとします。 また、利用者の希望により特別な食事を提供した場合は、費用の実費をいただきます。 ※食事のキャンセル期限は昼食10:00、夕食14:00、翌朝食18:00までとなります。	
キャンセル料	サービスの利用をキャンセルされる場合は、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。	
	利用予定の前日の場合	キャンセル料は不要です
利用当日の場合		食事のキャンセル期限を超えた場合は、該当する1食分の食費をご負担頂きます。
※ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。		
④宿泊に要する費用	2,000円	
⑤おむつ代	実費	

⑥その他	日常生活において通常必要となるものに係る費用で利用者が負担することが適用と認められるもの。 ・利用者の希望によって、身の回り品として日常生活に必要なもの ・利用者の希望によって、教養娯楽として日常生活に必要なもの
------	--

5. 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について

① 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等	ア 利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 15 日前後に利用者あてにお届け（郵送）します。
② 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等	ア 請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 (ア)事業者指定口座への振り込み (イ)利用者指定口座からの自動振替 (ウ)現金支払い イ 支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いします。 (医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。)

※利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から 2 月以上遅延し、さらに支払いの督促から 14 日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

6. サービスの提供にあたって

- (1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- (2) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行います。
- (3) サービス提供は「(介護予防) 小規模多機能型居宅介護計画」に基づいて行います。なお、「(介護予防) 小規模多機能型居宅介護計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更します。
- (4) (介護予防) 小規模多機能型居宅介護に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行いますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に充分な配慮を行います。

7. 衛生管理等

- (1) 利用者の使用する施設、食器その他の設備又は引用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- (3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
- ①事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
- ②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- ③従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

8. 緊急時の対応方法について

指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護の提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。また、主治医への連絡が困難な場合は、救急搬送等の必要な措置を講じます。

【協力医療機関】 (医療法人 仁徳会 森下病院)	所在地 総社市駅前1丁目6番地1号 電話番号 0866-92-0591 診療科 内科・外科他
【主治医】	医療機関名 氏名 電話番号

9. 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

事故の状況及び事故に際して採った処置・経過を記録し、原因の分析、再発防止のための取り組みを行います。

また、利用者に対する指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護の提供又は送迎により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

【市町村（保険者）の窓口】 総社市役所 保健福祉部 長寿介護課	所在地 総社市中央一丁目1番1号 電話番号 0866-92-8369 ファックス番号 0866-92-8200
---------------------------------------	---

10. 非常災害対策

(1) 事業所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。

① 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。

② 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

避難訓練実施時期：（毎年2回）

11. サービス提供に関する相談、苦情について

(1) 苦情処理の体制及び手順

ア 提供した指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。（下表に記す【事業者の窓口】のとおり）

イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

(2) 苦情申立の窓口

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。

① 苦情受付窓口（担当者）

【職名】 解決責任者：管理者 高島 和成

担当者：介護支援専門員 磯崎 雅仁

② 受付時間 9:00～17:00

③ 問い合わせ先

小規模多機能型居宅介護 光憂館 〒719-1316 総社市日羽452番地1

TEL:0866-99-2525 mail:kouyoukai@k5963.com

苦情申出人が第三者委員への報告を希望する場合、匿名での苦情、及び文書による重大な指摘があった場合は、速やかに第三者委員に報告し必要な対応を行います。第三者委員に報告した場合は、必ず苦情申出人にご返答いたします。

第三者委員 熊谷 慶一（TEL086-955-2223）

(3) 行政機関又は苦情受付機関の紹介

当施設で解決できない苦情は以下に申し立てることが出来ます。

・ 総社市 保健福祉部 長寿介護課（TEL0866-92-8369）

・ 岡山県 国民健康保険団体連合会 介護保険課（TEL086-223-8811）

・ 岡山県 運営適正化委員会（TEL086-226-9400）

12. サービスの第三者評価の実施状況について

各年度内に1回、自己評価を実施し、運営推進会議で公表を行い委員から評価を受けた後、保険者へ報告します。

13. 情報公開について

事業所において実施する事業の内容については、ホームページにおいて公開しています。

14. 秘密の保持と個人情報の保護について

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	<p>① 事業者は、利用者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者又はその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p>
個人情報の保護について	<p>① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。</p> <p>② 事業者は、利用者又はその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</p>

15. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

（1）虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	管理者 磯崎 雅仁
-------------	-----------

（2）虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。

（3）虐待防止のための指針の整備をしています。

（4）従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

（5）サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）

による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

16. 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者やその家族に対して、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間等を説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束の内容、目的、拘束時間、経過観察や検討内容を記録し、5年間保存します。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。
- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

17. 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護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朝の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
 - (2) 従業者に対し、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に実施します。
 - (3) 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。
- ※「16 業務継続計画の策定等について」は、令和6年3月31日までに実施します。（当該事項は、令和6年3月31日までの間は努力義務とされています。）

18. 地域との連携について

- (1) 運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等地域との交流に努めます。
- (2) 指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、本事業所が所在する圏域の地域包括支援センターの職員、（介護予防）小規模多機能型居宅介護について知見を有する者等により構成される協議会（以下、この項において「運営推進会議」と言います。）を設置し、おおむね2月に1回以上運営推進会議を開催します。
- (3) 運営推進会議に対し、通いサービス及び宿泊サービスの提供回数等の活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けます。また、報告・評価・要望・助言等についての記録を作成し、公表します。

19. サービス提供の記録

- (1) 指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護の実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録はサービス提供の日から5年間保存します。
- (2) 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

20. 重要事項説明の年月日

令和　年　月　日

指定小規模多機能型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。

(1) 事業者

所在地 岡山県総社市日羽 454 番地
法人名 社会福祉法人 光優会
代表者名 理事長 光嶋 司 印

事業所名 小規模多機能型居宅介護 光憂館

説明者氏名 印

上記内容の説明を事業者から確かに受け、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。

(2) 利用者

住 所

氏 名 印

私は、入所者が指定介護老人福祉施設の入所及びサービスの提供開始にあたり、本書面に基づいて施設から重要事項の説明を受け、内容について同意したことを確認しましたので、私がその署名を代行します。

(3) 代理人

住 所

氏 名 続柄 () 印

(4) 身元引受人

住 所

氏 名 続柄 () 印