

小規模多機能型居宅介護事業所すこやか館合

重要事項説明書

(小規模多機能型居宅介護サービス)

(介護予防小規模多機能型居宅介護サービス)

(令和7年4月1日)

当事業所は、ご利用者に対して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）サービスを提供します。

当事業所の概要や提供されるサービス内容、契約上ご注意くださいことを次のとおり説明いたします。
なお、当事業所は介護保険の指定を受けております。

(秋田県指定第 0590300190 号)

1 事業者

事業者の名称	社会福祉法人ファミリーケアサービス
事業者の所在地	〒013-0044 秋田県横手市横山町1番1号
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 石山 清和
電話番号	0182-33-7777

2 ご利用事業所

事業所の名称	小規模多機能型居宅介護事業所すこやか館合
事業所の所在地	〒013-0481 秋田県横手市雄物川町薄井字新城7番2
管理者名	管理者 藤原 浩平
電話番号	0182-56-2800
FAX番号	0182-56-2801

3 ご利用事業所であわせて実施する事業

事業の種類	秋田県知事の事業者指定		利用定数
	指定(更新)年月日	指定番号	
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	令和6年3月1日	0590300182	29人
短期入所生活介護(介護予防)	令和6年4月1日 (令和6年4月1日)	0570320564	20人
小規模多機能型居宅介護 (介護予防)	令和6年3月1日 (令和6年3月1日)	0590300190	登録 25人

4 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援及び要介護状態にある高齢者に対し、小規模多機能型居宅介護及び介護予防小規模多機能型居宅介護サービスを提供することを目的とする。
事業所の運営方針	①可能な限りその自宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援します。 ②通い、訪問、宿泊の形態で、家庭的な環境と地域住民との交流の下、必要な日常生活上の援助を行います。 ③日々の支援において、孤立感の解消及び心身機能の維持並びに家族の身体的精神的負担の軽減を図るよう努めます。

5 事業所の概要

(1) 敷地及び建物

敷地	5,936.94㎡	
建物	構造	鉄骨造・地上1階建・準耐火建築物
	延べ床面積	2,678.99㎡
	利用定員	特養29名、短期入所20名 小規模多機能型居宅介護：登録25名

(2) ユニット及び居室

施設種	ユニット	種類	数	1床あたりの面積
特養 短期入所	桜	個室	10	10.66㎡(2)・10.75㎡(4)・10.90(4)
	木立	個室	10	10.66㎡(2)・10.75㎡(4)・10.90(4)
	大樹	個室	9	10.66㎡(2)・10.75㎡(4)・10.90(3)
	鳥海の宿	個室	10	10.75㎡(4)・10.90㎡(5)・10.94㎡(1)
	雄物の宿	個室	10	10.66㎡(2)・10.69㎡(1)・10.75㎡(2) 10.90㎡(5)
小規模多機能	つきの木	個室	6	7.79㎡(2)・8.22㎡(3)・8.37㎡(1)
		間仕切	3	8.33㎡(1)・8.48㎡(2)
全館・全居室冷暖房完備				
宿泊サービスの際に利用される居室は全室個室（内、間仕切り3室）です。洋室（ベッド）と和室の2種類があります。ご希望がある場合は、その旨お申し出ください（ただし、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に添えない場合もあります）。				

(3) その他主な設備

①玄関	⑦一般浴室・個別浴室・特殊浴室・脱衣室
②事務室	⑧洗濯室・汚物処理室
③台所	⑨トイレ・洗面所
④収納スペース	⑩中央多目的ホール
⑤居間・食堂	⑪厨房
⑥相談室（兼応接室）	⑫休憩ホール

6 職員体制

職種	職員数	職務内容
管理者	1名	事業所運営の責任者
介護支援専門員	1名以上	介護サービス計画立案
介護職員	5名以上	生活相談及び介護業務
看護職員	1名以上	健康管理、保健衛生管理
その他職員	事業実施における適当数	

7 営業日およびご利用の予約

営業日	年中無休
通いサービス	9:00～16:00
宿泊サービス	16:00～9:00
訪問サービス	随時

8 事業の実施地域

事業の実施地域	横手市
---------	-----

9 サービスの概要

介護保険給付サービス

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、排せつ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の介助をします。
- ・調理場で利用者が調理することができます。
- ・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、洗身の介助を行います。
- ・入浴サービスの利用は任意です。

③排せつ

- ・利用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援助を行います。

④機能訓練

- ・利用者の状況に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送迎サービス

- ・ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

イ 訪問サービス

- ・利用者の自宅にお伺いし、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。
- ・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ご契約者もしくはその家族等からの金銭または高価な物品の授受

③飲酒及びご契約者もしくはその家族等の同意なしに行う喫煙

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

ウ 宿泊サービス

事業所に宿泊していただき、食事、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。

(2) 介護保険給付外サービス

①食費（おやつ）は、食材費及び調理費にかかる費用です。

②滞在費は、光熱費相当額及び室料（建設設備等の減価償却費）にかかる費用です。

③おむつ代は、実費となります

(3) その他

上記に当てはまらない雑費で、明らかにご利用者負担であるものは、実費負担となります。

10 サービス利用負担額

介護サービスと利用負担額については別紙1のとおりです。

(1) 介護保険給付サービス料

要支援・要介護度別の応じて定められた金額（省令のより変更あり）から介護保険給付額を除いた金額が利用者負担額になります。1ヶ月ごとの包括費用（月定額）です。

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、利用者の負担額を変更します。

月途中から登録した場合、又は月途中で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所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。

登録終了日とは利用者と事業所の利用契約を終了した日。

(2) 介護保険給付外サービス料

食費（おやつ）、滞在費は料金表の額となります。そのほか、おむつ代等、ご利用に要する費用で、ご本人に負担していただくことが適当であるものについては実費負担となります。

11 介護保険給付サービス料及び介護保険給付外サービス料の支払い

介護保険給付サービス料の自己負担分については、1ヶ月ごとに計算しご請求しますので、請求当月の20日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

なお、1ヶ月に満たない期間のサービスに関する自己負担分については、利用日数に基づいて計算した金額とします。

①事務室窓口での現金支払い	
②下記指定口座への振込み	
北都銀行 横手支店 普通預金	6 1 1 4 8 7 7
秋田ふるさと農協 横手支店	0 0 1 2 8 3 8
秋田銀行 横手支店 普通預金	8 6 4 1 9 0
ゆうちょ銀行 通常預金	1 8 6 1 0 - 1 4 3 0 2 9 4 1
③北都銀行・秋田銀行・ゆうちょ銀行・秋田ふるさと農協の預金口座からの自動引き落とし	

ご利用者の選択により提供されたものの実費経費については、その都度現金でお支払いください。

12 協力医療機関

(1)

協力医療機関①	
医療機関名	市立大森病院
院長名	小野 剛
所在地	〒013-0525 横手市大森町字菅生田245-205
T E L	0 1 8 2 - 2 6 - 2 1 4 1
診療科目	内科、整形外科、外科、泌尿器科、小児科、眼科、皮膚科、神経内科、血液・腎臓内科、呼吸器科、心臓血管外科、耳鼻いんこう科、リハビリテーション科
入院設備	150床（一般病床100床、療養病床50床）
救急指定の有無	有
契約の概要	当事業所と市立大森病院とは、ご利用者の病状の急変があった場合通院治療、救急診療及び入院診療にあたるものとする。

(2)

協力歯科医療機関②	
医療機関名	小坂歯科医院
院長名	小坂 行雄
所在地	〒013-0022 横手市四日町6-2
T E L	0 1 8 2 - 3 6 - 4 1 8 2
診療科目	歯科、矯正歯科、小児歯科
協力契約の内容	病状に急変が起きた場合等の緊急対応措置

13 非常災害時の対策

非常時の対応	別に定める「特別養護老人ホームすこやか館合・消防計画」により対応します。
非常通報の体制	非常通報体制は、登録8名体制で全職員の連絡体制を確保しています。
近隣との協力関係	地域の消防団と協定し、非常時の応援協力体制について確保しております。
非常時の訓練と防災設備	別に定める「特別養護老人ホームすこやか館合・消防計画」により、年2回以上夜間及び日中を想定した避難訓練を、ご入居者ご利用者の方も参加して実施します。
防災設備の概要	屋内消火栓2カ所、消火器21カ所、避難経路12カ所、避難場所2カ所（併設施設を含む）を設置しております。

14 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

損害賠償	当事業所において、事業者の責任によりご利用者に生じた損害については、その損害を賠償いたします。ただし、介護サービス提供上不可抗力的に生じた損害、事故の補償については、ご利用者、事業者双方で協議することとします。
来訪・面会	来訪者は面会時間を守り、必ずその都度職員に面会カードを届けてください。又、来訪者が宿泊される場合は事前に許可を得てください。
外出	外出の際には、必ず行き先と帰所予定時間を職員に申し出てください。
医療機関への受診	医療機関へ受診する場合は、必ず職員に申し出てください。
居室・設備・器具の利用	事業所内の居室や設備、器具は本来の用法にしたが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、賠償していただくことがございます。
喫煙・飲酒	喫煙は所定の場所に限らせていただきます。 医師による制限がない限り喫煙・飲酒は自由です。
迷惑行為等	けんか、暴行、中傷、口論等、他人に対する迷惑行為はご遠慮ください。
所持品の管理	ご利用時に「所持品一覧表」を記載し、ご提出いただきます。
現金等の管理	当事業所では、原則として現金等のお預かりは行っておりませんが、やむを得ない場合については、お申し出ください。
ご贈答	職員個人に対する贈り物等のもてなしはご遠慮させていただきます。
宗教活動 政治活動	事業所内で他のご利用者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。

15 緊急時の対応

ご利用者に状態の変化等があった場合には、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、緊急連絡先にご連絡いたします。

ご利用者の主治医	氏名	
	所属医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	
緊急連絡先	氏名（続柄）	（続柄）
	住所	
	電話番号	

	勤務先等	
--	------	--

16 事故発生時の対応

ご利用者が事故により身体に傷害が生じた場合は、応急処置をとり、主治医に連絡をして指示を仰ぐとともに、事故が発生した経緯をご家族の方に速やかにご連絡し、その後の経過も随時ご連絡いたします。

17 身体拘束廃止について

身体拘束廃止に向けた取り組みを進めます。ただし、ご利用者の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合は、身体拘束その他ご利用者の行動を制限する場合があります。上記の場合において、身体拘束その他ご利用者の行動を制限する場合は、必ず書面において期間、方法をご利用者・ご家族へ提示し、説明、確認の上行います。

18 個人情報の使用について

ご利用者及びそのご家族の個人情報に関しては、必ず書面で同意を頂いた上で使用させていただきます。ご利用者の小規模多機能型居宅介護計画作成や、介護支援専門員やサービス事業者等との連絡調整において個人情報の使用・提供が必要になった場合は、必要最小限の情報を関係する者以外の者に漏れることのないよう、細心の注意を払い使用します。

19 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：利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、市町村職員、地域包括支援センター職員、小規模多機能型居宅介護について知見を有する者等。
 開 催：おおむね2ヶ月に1回以上。
 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。

20 虐待防止について

事業所は、ご利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため、従業者に対する研修の実施等を行い、虐待を受けたと思われる事例に関わった場合は、速やかに市町村等に通報する義務があります。

21 第三者による評価の実施状況

実施なし	実施あり	実施日	
		評価機関	

22 苦情受付担当者及び苦情解決責任者

当事業所の介護サービスに関する相談、要望、苦情などは下記までお申し出ください。なお、当事業所以外で市役所など行政機関等でも受付しています。

当事業所ご利用 相談窓口	受付担当者	管 理 者	藤原 浩平
	ご利用時間	毎 日	午前9時～午後4時
	ご利用方法	電 話	0182-56-2800
		窓 口	当事業所事務室
		苦 情 箱	受付テーブルに設置
	苦情解決責任者	すこやか館合施設長	中野 博美

<p>第三者委員</p>	<p>鈴木 信好 電話 0182-36-1108 見田 貞一郎 電話 090-7075-9666 米山 隆 電話 0182-26-3180</p>
<p>その他 相談窓口</p>	<p>《秋田県福祉サービス相談支援センター》 秋田県運営適正化委員会 住所 秋田県秋田市旭北栄町1-5 (秋田県社会福祉会館内) 電話 018-864-2726 FAX 018-864-2840 (受付時間 平日 8:30~17:00)</p> <p>《横手市の機関》 横手市市民福祉部まると福祉課 住所 秋田県横手市中央町8番2号 本庁舎4階 電話 0182-35-2134 FAX 0182-32-9709</p> <p>増田地域局 (市民サービス課) 0182-45-5514 平鹿地域局 (市民サービス課) 0182-24-1114 雄物川地域局 (市民サービス課) 0182-56-2134 大森地域局 (市民サービス課) 0182-26-4030 十文字地域局 (市民サービス課) 0182-42-5114 山内地域局 (市民サービス課) 0182-53-2933 大雄地域局 (市民サービス課) 0182-52-3905 横手市東部地域包括支援センター 0182-35-2160 横手市西部地域包括支援センター 0182-35-2135 横手市南部地域包括支援センター 0182-35-2177</p> <p>《秋田県国民健康保険団体連合会》 住所 秋田県秋田市山王四丁目2番3号 秋田県市町村会館4F 電話 018-862-6864 FAX 018-824-0043 (受付時間 平日 9:00~17:00)</p>

●介護サービスご利用負担額一覧表【小規模多機能居宅介護支援事業所すこやか館合】

(1) 保険給付対象サービス

①介護給付サービス

		負担額(1割)	負担額(2割)	負担額(3割)	備考
小規模多機能型 居宅介護費	要介護 1	10,458 円	20,916 円	31,374 円	1月につき
	要介護 2	15,370 円	30,740 円	46,110 円	1月につき
	要介護 3	22,359 円	44,718 円	67,077 円	1月につき
	要介護 4	24,677 円	49,354 円	74,031 円	1月につき
	要介護 5	27,209 円	54,418 円	81,627 円	1月につき

		負担額(1割)	負担額(2割)	負担額(3割)	備考
加算	初期加算	30 円	60 円	90 円	1日につき 該当者
	サービス提供体制強化加算 I	750 円	1,500 円	2,250 円	1月につき 全員
	認知症加算 III	760 円	1,520 円	2,280 円	1月につき 該当者
	認知症加算 IV	460 円	920 円	1,380 円	1月につき 該当者
	総合マネジメント体制強化加算 I	1,200 円	2,400 円	3,600 円	1月につき 該当者
	科学的介護推進体制加算	40 円	80 円	120 円	1月につき 全員

加算	介護職員処遇改善加算 I (所定単位数の 149/1000 加算)				1月につき 全員
----	-----------------------------------	--	--	--	----------

②介護予防給付サービス

		負担額(1割)	負担額(2割)	負担額(3割)	備考
介護予防小規模 多機能型居宅介護費	要支援 1	3,450 円	6,900 円	10,350 円	1月につき
	要支援 2	6,972 円	13,944 円	20,916 円	1月につき

		負担額(1割)	負担額(2割)	負担額(3割)	備考
加算	初期加算	30 円	60 円	90 円	1日につき 該当者
	サービス提供体制強化加算 I	750 円	1,500 円	2,250 円	1月につき 全員
	総合マネジメント体制強化加算 I	1,200 円	2,400 円	3,600 円	1月につき 全員
	科学的介護推進体制加算	40 円	80 円	120 円	1月につき 全員

加算	介護職員処遇改善加算 I (所定単位数の 149/1000 加算)				1月につき 全員
----	-----------------------------------	--	--	--	----------

(2) 保険給付対象外サービス

	負担額	備考
食費の提供に要する費用	285 円	朝食
	596 円	昼食
	504 円	夕食
	60 円	おやつ
おむつ代	実費	
宿泊に要する費用	1,000 円	1泊
通常の事業実施地域を超える送迎費用及び訪問サービスの交通費	実費	
日常生活における通常必要となるものにかかる費用で、その利用者が負担することが適当と認められる費用	実費	
その他、上記に当てはまらない雑費で、明らかに利用者負担であるものは、費用をいただきます。	実費	

説明日：令和____年____月____日

当事業所は、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）サービスの開始に際し、ご利用者及びご家族、代理人に対して本書面に基づいて重要事項を説明し交付しました。

事業者名 社会福祉法人ファミリーケアサービス
施設名 小規模多機能型居宅介護事業所すこやか館合（秋田県指定第 0590300190 号）
施設所在地 秋田県横手市雄物川町薄井字新城 7 番 2
管理者氏名 藤原 浩平

説明者 職名 _____

氏名 _____ 印

令和____年____月____日

私は、本書面に基づいて、事業者から重要事項の交付と説明を受け受領しました。また、当該事業所において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）サービスの提供を受けることについて同意します。

ご利用者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

ご家族・代理人

住 所 _____

氏 名 _____ 印

ご利用者との続柄 _____