

# 指定小規模多機能型居宅介護重要事項説明書

< 令和 8年 6月 1日 現在 >

## 1. 事業の目的と運営方針

要介護状態にある方に対し、適正な小規模多機能型居宅介護を提供することにより要介護状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。

また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

## 2. 交流ステーション友愛園の概要

### (1) 提供できるサービスの種類と地域

名 称	交流ステーション友愛園
所在地	岩手県胆沢郡金ケ崎町西根矢来5番地
介護保険指定番号	金ケ崎町指定 0392500047
サービスを提供する対象地域	金ケ崎町にお住まいの方

### (2) 同事業所の職員体制

	職 務 内 容	常勤	兼務
所 長	経営及び運営	1名	
介護支援専門員	居宅サービス計画等の作成	1名	
看護師・准看護師	心身の健康管理及び保健衛生管理	2名以上	
介護職員	介護業務	5名以上	

### (3) 同事業所の設備の概要

登録定員	25名
通所定員	15名
宿泊定員	6名
居間・食堂兼ホール	65.2 m <sup>2</sup>
浴 室	一般浴槽、シャワー付
宿泊室	個室

### (4) 営業日 年中無休

営業時間	通いサービス	9時～16時
	宿泊サービス	16時～9時
	訪問サービス	24時間

## 3. サービス内容

### (1) 通いサービス

- ①食事・入浴・排泄等日常生活上のお世話、健康チェック
- ②機能訓練(レクリエーション、行事的活動、趣味活動等)

### (2) 訪問サービス

利用者宅を適宜訪問し、安否の確認や状態等の把握

### (3) 宿泊サービス

#### 4. 料金

##### (1) 利用料金

###### ①基本料金

	月額利用料(1割負担)	月額利用料(2割負担)	月額利用料(3割負担)
要介護1	10,458円	20,916円	31,374円
要介護2	15,370円	30,740円	46,110円
要介護3	22,359円	44,718円	67,077円
要介護4	24,677円	49,354円	74,031円
要介護5	27,209円	54,418円	81,627円

※登録期間が1月に満たない場合は、日割り計算となります。

###### ②加算料金

- 初期加算 1日につき 30円  
(登録日から30日間と30日以上の上院後再利川から30日間)
- サービス提供体制強化加算Ⅰ 1か月につき 750円
- 総合マネジメント体制強化加算Ⅱ 1か月につき 800円
- 看護職員配置加算Ⅰ 1か月につき 900円
- 認知症加算Ⅲ 1か月につき 760円
- 認知症加算Ⅳ 1か月につき 460円
- 介護職員等処遇改善加算Ⅰロ 1か月につき 利用料総額の18.6%
- 中山間地域等における小規模事業所加算 1ヶ月につき 利用料総額の10%

###### ③その他料金

- 食費 1食 550円
- 宿泊費 1泊 3,000円
- 洗濯代・乾燥機代 各1回につき100円(宿泊2泊以上利用時等)
- その他、オムツ代やレクリエーション、趣味活動等の諸経費は実費負担となります。

##### (2) キャンセル料

利用者のご都合でサービスを中止する場合でもキャンセル料はかかりませんが、必ず連絡願います。

##### (3) 支払方法

支払方法	支払い要件等
口座引き落とし	東北銀行、岩手銀行、北日本銀行 東北六県の信用金庫、岩手県内の農業協同組合、ゆうちょ銀行 23日に口座引き落としにてお支払い頂きます。 なお、口座振替手数料は利用者負担となります。(一律月200円)

#### 5. サービスの利用方法

##### (1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当事業所の職員がお伺いいたします。  
 小規模多機能型居宅介護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。  
 ※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に担当の介護支援専門員とご相談下さい。

## (2) サービスの終了

### ① 利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書等でお申し出下さい。

### ② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書等で通知いたします。

### ③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ 利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合
- ・ 利用者がお亡くなりになった場合

### ④ その他

- ・ 当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業所が破産した場合、利用者は文書等で通知することによって即座にサービスを中止することができます。
- ・ 利用者が、サービス利用料金の支払を2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず30日以内に支払わない場合、利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、利用者が入院もしくは病気等により、3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合、または利用者やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書等で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合がございます。

## 6. サービス利用に当たっての留意事項

- ・ 体調確認 体調が悪いと利用できませんので体調の確認をお願いします。
- ・ 体調不良等によるサービスの中止 体調によっては利用できない場合があります。

## 7. 非常災害対策

- ・ 防災時の対応 → 緊急連絡装置
- ・ 防災設備 → 火災報知器、スプリンクラー
- ・ 防災訓練 → 年4回
- ・ 防火責任者 高橋 徳行

## 8. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族等へ連絡をいたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	
保険者		金ヶ崎町

## 9. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等へ連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

## 10. 身体拘束しない介護・高齢者虐待防止への取り組み

(1) サービスを提供するに当たって利用者又は他の利用者等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を除き、身体的拘束等を行わない。また、身体拘束等を行う場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録する。

(2) 事業者は、身体的拘束・事故防止委員会活動を通じて「拘束しない介護」と「虐待防止」に取り組み、利用者の尊厳の保持に努める。

## 11. サービス内容に関する苦情

### ① 当事業所ご利用者相談・苦情担当

電話	0197-42-2888	24時間
解決責任者	所長	伊藤 勉
受付担当者	副主任介護員	菅原 真寿美
	介護支援専門員	高橋 圭子

※ ご不明な点は、なんでもおたずねください。

### ② その他

当事業所以外に、町の相談・苦情窓口及び岩手県国民健康保険団体連合会に苦情を伝えることができます。

・金ケ崎町 介護保険担当課	電話 0197-44-4560
・岩手県国民健康保険団体連合会	電話 019-623-4321

## 12. 当事業者の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 友愛会
代表者役職・氏名	理事長 小野寺 逸夫
所在地・電話番号	〒029-4503 岩手県胆沢郡金ケ崎町西根揚場後8-2 電話 0197-44-4111

事業所等	介護老人福祉施設	友愛園(52名) *多床室 短期入所生活介護(12名)
	介護老人福祉施設 居宅介護支援 通所介護	友愛の家 (20名)*ユニット型個室 友愛園居宅介護支援事業所 友愛園デイサービスセンター(20名) トレーニングデイサービス(10名)
	小規模多機能型居宅介護 高齢者生活福祉センター(金ケ崎町委託)	交流ステーション友愛園(25名) さつきホーム(11名)

13. 運営に当たっての秘密保持についての留意事項

- (1) 事業所は、業務上知り得た利用者又はそのご家族の情報や秘密については介護保険請求関係業務以外には一切使用いたしません。
- (2) 職員は、業務上知り得た利用者又はそのご家族の情報や秘密を外部には一切漏らしません。
- (3) 職員は、業務上知り得た利用者又はそのご家族の情報や秘密について、職員が離職後においても保持すべき旨の誓約書を就労時に友愛会あて提出いたします。

令和 年 月 日

小規模多機能型居宅介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業所

所在地 岩手県胆沢郡金ケ崎町西根矢来5番地  
名称 交流ステーション友愛園  
代表者 理事長 小野寺 逸夫 印

説明者 交流ステーション友愛園  
氏名 高橋 圭子 印

私は、契約書および本書面により、事業者から小規模多機能型居宅介護についての重要事項の説明を受け、サービスの提供開始について同意します。

利用者 住所  
氏名 印

(代理人) 住所  
氏名 印