

（介護予防）小規模多機能ホーム ふもとの奏

（契約書別紙兼重要事項説明書）

（介護予防）小規模多機能型居宅介護サービス提供開始にあたり、事業者が利用者に説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業所の概要

法人の名称	社会福祉法人 亀田郷芦沼会		
事業所の名称	小規模多機能ホーム ふもとの奏		
所在地	新潟市東区中山8丁目19番11号		
電話番号	025-270-6631	管理者	井上 真理子
指定年月日	平成28年6月28日 指定	事業所番号	1590101463
定 員	登録29名（通い18名 宿泊9名）		
通常の実施地域	新潟市 東区		

2. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	計画作成担当者の作成するサービス計画に則り、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サービスを提供し、生活の質の確保及び向上を図るとともに、社会的孤立の解消・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ことを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他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、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

3. 主な職員の勤務体制

職 種	勤務体制	業務内容
管理者	1名	施設の管理運営
介護支援専門員	1名以上	サービス計画の作成
介護従業者（看護師又は准看護師）	1名以上	利用者の健康管理
介護従業者	8名以上	利用者の生活支援・介護

5. 提供するサービスの内容

サービス計画に沿って、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行います。

6. 営業時間

営業日	3 6 5 日
サービス 提供時間	通い 午前 9 時 0 0 分から午後 4 時 0 0 分まで
	宿泊 午後 4 時 0 0 分から翌日午前 9 時 0 0 分まで
	訪問 2 4 時間

7. 管理者及び介護支援専門員

介護支援専門員及び管理者は次の者です。

○管理者	氏名	井上	真理子
介護支援専門員	氏名	本間	友樹

○連絡先 0 2 5 - 2 7 0 - 6 6 3 1

ご不明な点やご要望、苦情などがありましたら遠慮なくお申し出下さい。

8. 利用者負担金

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、お支払いいただく「利用者負担金」は、利用単位数の合計に地域区分単価

10.17円を乗じた料金の利用者負担割合（1割又は2割又は3割）の額です。ただし介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額全額をご負担いただきます。

① サービス利用料（介護保険給付対象）

通い・宿泊（介護費用分）・訪問を全て含んだ一月単位の包括費用となります。介護報酬改定が行われた場合は変更される場合もありますので予めご了承ください。

介護度	単位数	小規模多機能 型居宅介護単 位数×10.17	利用者 負担金 1割	利用者 負担金 2割	利用者 負担金 3割
要支援1	3,450	35,086円	3,509円	7,018円	10,526円
要支援2	6,972	70,905円	7,091円	14,181円	21,272円
要介護1	10,458	106,357円	10,636円	21,272円	31,908円
要介護2	15,370	156,312円	15,632円	31,263円	46,894円
要介護3	22,359	227,391円	22,740円	45,479円	68,218円
要介護4	24,677	250,965円	25,097円	50,193円	75,290円
要介護5	27,209	276,715円	27,672円	55,343円	83,015円

② 加算利用料（介護保険給付対象）※要件を満たした場合に加算されます

加算の種類		加算額 単位数×10.17	利用者 負担 1割	利用者 負担 2割	利用者 負担 3割	要件の概要
初期加算		305円 (1日につき)	31円	61円	92円	登録日より起算して30日間算定
看取り連携体制加算		650円 (死亡日から死亡日前30日以下)	65円	130円	195円	看取り期におけるサービス提供を行った場合に算定
看護職員配置加算	I	9,153円 (1月につき)	916円	1,831円	2,746円	小規模多機能型居宅介護事業所の職務に従事する常勤の看護師を1名以上配置した場合に算定
総合マネジメント体制強化加算 I		12,204円 (1月につき)	1,220円	2,441円	3,661円	多職種でサービス計画の見直しを行い、地域の行事や活動等に積極的に参加している場合に算定
訪問体制強化加算		10,170円 (1月につき)	1,017円	2,034円	3,051円	延べ訪問回数が200回以上で算定
認知症加算	III	7,729円 (1月につき)	773円	1,546円	2,319円	認知症自立度のランクⅢ以上に該当する場合に算定
	IV	4,678円 (1月につき)	468円	936円	1404円	要介護2である者であり認知症自立度のランクⅡに該当する場合に算定
サービス提供体制強化加算 I		7,627円	763円	1,526円	2,289円	介護福祉士の割合が百分の七〇以上である場合に算定
科学的介護推進体制加算		406円 (1月につき)	41円	82円	122円	利用者の基本的な情報を厚労省に提出する。かつ必要な情報を活用する。
生産性向上推進体制加算Ⅱ		101円 (1月につき)	11円	21円	31円	・見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入していること・利用者の安全並びにサービスの質向上検討する委員会の設置・1年以内ごとに業務改善の取組による効果を示すデータを市に提出
介護職員等処遇改善加算Ⅰロ		1月の利用料金の18.6% (基本サービス費+各種加算減算)	左記額の1割又は2割又は3割			介護職員の処遇改善に関しての取り組みが行われている場合に算定

③ その他の費用（介護保険給付対象外）

費用の種類	1回あたりの利用料金
食費	朝食 400円、昼食 700円（おやつ含む）、 夕食 600円
宿泊費	1泊 2,500円
おむつ代	実費
日常生活品費	実費
教養娯楽費	実費

④ キャンセル料

キャンセル料はいただきません。あなたの体調や容態の急変など、やむを得ない事情がある場合は、できるだけ早くご連絡ください。

⑤ 支払い方法

1 事業者は上記①～④までに定める利用者負担金について、当月の料金の合計額の請求書に明細を付して、サービスを利用した月の翌々月の末日までに利用者に送付します。

2 利用者は、当月の料金の合計額を請求書到着月の翌月15日までに〔口座引落とし〕・〔口座振込み〕・〔現金払い〕の方法で支払います。

3 事業者は、利用者から料金の支払いを受けたときは、利用者に対し領収書を発行します。

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容態の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

10. 非常災害対策

防災設備	自動火災報知機、消火器、非常照明・誘導灯、スプリンクラー、非常警報装置
非常災害対策	・消防計画に基づき災害対策、緊急体制の整備、非常災害用品の整備を行います。 ・防災訓練は年2回以上実施します。

11. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

12. 虐待防止に関する事項

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講ずるものとする。

（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、その結果について従業者に周知徹底を図る。

（2）虐待防止のための指針の整備

（3）虐待を防止するための定期的な研修の実施

(4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置

- 2 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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するものとする。

1 3 . 苦情相談窓口

(1) 当事業所が提供するサービスに関するご相談や苦情は、次の窓口で受け付けております。ご遠慮なくお申し出下さい。

窓口設置場所	当事業所の相談室
担当者	井上 真理子 （管理者）
連絡先（電話番号）	025-270-6631

(2) 当事業所に対する苦情は、第3者委員にも申し立てることができます。

第3者委員	連絡先（電話番号）
坂井 ノリ子	025-274-8576
阿部 さよ子	025-274-6000

(3) 当事業所に対する苦情は、次の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	連絡先（電話番号）
新潟市福祉部介護保険課	025-226-1273
東区役所健康福祉課高齢介護係	025-250-2320
新潟県国民健康保険団体連合会	025-285-3022

1 4 . サービス利用にあたっての留意事項

サービス利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- ① サービス利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- ② 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようにお願いします。
- ③ 体調や容態の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに当事業所の担当者へご連絡ください。
- ④ お金の貸し借りや物品の贈答は一切お断りいたします。

契約書別紙兼重要事項説明書を2通作成し、利用者及び事業者の双方が記名押印の上、それぞれ1通ずつを保有します。

年 月 日

サービスの提供開始にあたり、利用者に対して上記の通り説明しました。

事業者

所在地	新潟市東区はなみずき2丁目3番7号
名称	社会福祉法人亀田郷芦沼会
代表者職・氏名	理事長 川瀬 裕

説明者職・氏名

上記の内容について説明を受け、同意しました。また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者

ご住所

お名前

（代理人）

ご住所

お名前

（本人との続柄： ）

（2026年7月1日改定）